

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Influence de l'immersion clinique simulée sur le transfert des apprentissages des
infirmières et infirmiers diplômés hors Canada inscrits dans le programme collégial

Intégration à la profession infirmière du Québec

par

Marie-Pradèle Louis

Essai présenté à la Faculté d'éducation

en vue de l'obtention du grade de

Maître en éducation (M. Éd.)

Maîtrise en enseignement au collégial

Janvier 2019

© Marie-Pradèle Louis, 2019

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Influence de l'immersion clinique simulée sur le transfert des apprentissages des
infirmières et infirmiers diplômés hors Canada inscrits dans le programme collégial

Intégration à la profession infirmière du Québec

par

Marie-Pradèle Louis

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Madame Viviane Fournier

Directrice de l'essai

Madame Esther Leclerc

Évaluatrice de l'essai

Essai accepté le 4 avril 2019

REMERCIEMENTS

Afin de mener tout projet d'envergure à terme, l'empathie, les encouragements et la précieuse collaboration de personnes clés s'avèrent indispensables devant les défis de taille qui peuvent se dresser devant nous. Ces défis ont été pour moi des opportunités d'apprentissage.

Mes premiers remerciements sont adressés à Madame Viviane Fournier, directrice du présent essai. Madame Fournier, je vous remercie d'avoir cru en mon projet d'étude. Vos qualités humaines, votre expérience professionnelle et scientifique indéniable m'ont été d'une grande aide pour la rédaction de cet essai. Vous avez su trouver les mots pour me guider et pour nourrir mes diverses réflexions tout au cours de ce cheminement scolaire. Merci de m'avoir accompagnée et soutenue dans la réalisation d'un projet qui est maintenant à terme.

Je tiens également à remercier Monsieur Richard Harnois, directeur des études du Cégep Gérard-Godin ainsi que Madame Christine Santerre, coordonnatrice du Département Soins infirmiers, qui ont accepté que soient gracieusement utilisées les installations de ce cégep afin que nous puissions tenir l'expérimentation d'une journée d'activités d'immersion clinique simulée. Merci à Madame Élane Meloche, enseignante, ainsi qu'à Monsieur Pascal Soucy, infirmier technicien en travaux pratiques, du même cégep qui ont volontiers assuré le bon déroulement de l'expérimentation.

Mesdames Brigitte Dionne et Cynthia Boilard, enseignantes au Collège Montmorency et Madame Fournier, merci d'avoir accepté que je puisse utiliser des scénarios pédagogiques que vous avez élaborés et validés afin que je puisse mener l'étude.

Merci à Madame Raymonde Gosselin, conseillère pédagogique au Cégep Édouard-Montpetit, et à mes collègues de travail avec qui j'ai eu l'occasion de discuter de la motivation qui m'habitait au moment de réaliser cet essai. Votre écoute et vos paroles m'ont confirmé que cet essai pouvait apporter de l'eau au moulin en vue de contribuer à la réussite d'étudiantes et d'étudiants du collégial. Je tiens à remercier Madame Céline Champagne, chargée de projets à la formation continue du Cégep Édouard-Montpetit, qui a su répondre à mes nombreuses questions quant au programme *Intégration à la profession infirmière du Québec*.

Un merci tout particulier à toutes les étudiantes et tous les étudiants qui grâce à leur participation à l'étude ont contribué à la réalisation de cet essai dans le but de faire avancer l'état des connaissances dans le domaine de l'enseignement au collégial.

Pour terminer, je tiens à remercier du plus profond de mon cœur les personnes qui sont chères à mes yeux, ma famille. Le dénouement de cette belle aventure revêt une grande importance à mes yeux. C'est grâce à ma famille que je suis qui je suis, aujourd'hui. Elle a été la première à m'encourager, à me soutenir et à me motiver dans tous mes projets.

C'est avec fierté et tendresse que je dédie cet essai à mon regretté père qui nous a quittés avant même de pouvoir apprécier le fruit de mon travail, car la vie en a voulu ainsi.

Je remercie ma chère mère Marlène qui est un modèle de courage et de persévérance. Merci à Carmelle, Jean-Marie, Eddy, Sandra, Rodolphe et Frédéric, d'être là lorsque j'en ai besoin. Merci aux membres de ma belle-famille. Merci également à mes petites nièces et petits neveux, vous êtes pour moi une belle source d'inspiration devant votre émerveillement lorsque vous réalisez de nouveaux apprentissages. Un affectueux merci à mon époux. Jean-Luc, merci de te montrer toujours aussi compréhensif. Tes nombreux conseils et ton soutien indéfectible depuis toutes ces années ont été grandement appréciés pour poursuivre la réalisation de cet essai.

Merci à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin pour que cet essai voie le jour.

SOMMAIRE

La profession infirmière est en constante évolution au Québec. Cet essai s'inscrit dans un contexte, où pour assurer des soins sécuritaires et de qualité, les infirmières et les infirmiers diplômés hors Canada (IIDHC) doivent posséder des connaissances et des compétences qui sont essentielles à une pratique infirmière sécuritaire en milieu de soins québécois.

Dans un contexte de formation où les milieux de stage cliniques se font rares, et que pour favoriser l'intégration sociale et professionnelle des IIDHC, une solide formation doit leur être offerte, il s'avère nécessaire d'opter pour de nouvelles pratiques pédagogiques qui les amènent à adapter leurs pratiques infirmières au contexte québécois.

Lors d'une recension des écrits, l'activité d'immersion clinique simulée a émergé comme étant une stratégie pédagogique pouvant offrir aux étudiantes et étudiants une grande variété d'expositions à des situations de transfert et d'apprentissage expérientiel se rapprochant de la réalité professionnelle. D'ailleurs, pour optimiser le transfert des apprentissages en milieu clinique, la recension des écrits insiste sur le fait que les étudiantes et étudiants soient dotés de stratégies cognitives et métacognitives en vue d'effectuer des interventions pertinentes et sécuritaires dans diverses situations. Néanmoins, cette recension des écrits ne nous a pas permis de trouver de recherches qui traitaient explicitement de l'influence de l'activité d'immersion clinique simulée sur le transfert des apprentissages. D'où notre intérêt de poser la question générale de recherche suivante : Comment une activité d'immersion clinique simulée contribue-t-elle au transfert de nouveaux apprentissages acquis par les étudiantes et étudiants inscrits dans le programme *Intégration à la profession infirmière du Québec* (CWA.0B) du Cégep Édouard-Montpetit?

Dans le but de répondre à cette question générale, trois objectifs spécifiques ont été précisés :

- 1- Observer, lors de l'activité d'immersion clinique simulée, des actions visibles démontrant l'utilisation de stratégies impliquées dans le transfert des apprentissages par les étudiantes et étudiants;
- 2- Recueillir, lors de l'activité d'immersion clinique simulée, des indicateurs verbaux démontrant l'utilisation de stratégies impliquées dans le transfert des apprentissages par les étudiantes et étudiants;
- 3- Explorer les perceptions des étudiantes et étudiants sur leur expérience concernant la journée de l'activité d'immersion clinique simulée et sur les stratégies cognitives et métacognitives utilisées.

La recherche développement, notamment la recherche-expérimentation (Paillé, 2007) avec une posture épistémologique qualitative/interprétative dans une approche descriptive fut privilégiée afin de réaliser l'essai.

Les travaux de trois principaux auteurs ont été retenus pour l'élaboration du cadre de référence sur lequel s'est appuyé l'essai : les étapes liées à l'activité d'immersion clinique simulée, selon Jeffries (2012); les processus impliqués dans le transfert des apprentissages, selon Tardif (1999); les stratégies d'apprentissage issues de la taxonomie de Bégin (2008). Les principaux concepts du cadre de référence retenus pour traiter la question générale de recherche font référence au développement de compétences, au transfert des apprentissages, aux types de connaissances et aux stratégies pédagogiques qui réfèrent aux stratégies d'enseignement axées sur l'apprentissage expérientiel, telle l'activité d'immersion clinique simulée, et aux stratégies d'apprentissages cognitives et métacognitives impliquées dans le transfert des apprentissages.

L'expérimentation a été menée auprès de participantes (n = 4) et participants (n = 2) inscrits dans le programme CWA.0B. Une observation non participante lors

d'une journée d'activités d'immersion clinique simulée, une entrevue de groupe semi-dirigée réalisée après l'expérimentation d'une journée de simulation et un journal de bord appartenant à la chercheuse ont été retenues comme méthodes afin de recueillir des données qualitatives qui nous ont permis de répondre aux objectifs de l'essai à l'issue de leur analyse.

Les résultats obtenus, au cours du processus de recherche ont contribué, d'une part, à dégager des constats quant à l'influence de l'activité d'immersion clinique simulée sur le transfert de certains nouveaux apprentissages acquis par les étudiantes et étudiants inscrits dans le programme *Intégration à la profession infirmière du Québec* (CWA.0B) du Cégep Édouard-Montpetit, et d'autre part, à dégager des pistes d'interventions pédagogiques afin d'utiliser le plein potentiel des séquences de l'activité d'immersion clinique simulée pour maximiser le transfert des apprentissages chez cette population étudiante.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE	5
LISTE DES TABLEAUX.....	13
LISTE DES FIGURES	14
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	15
INTRODUCTION	19
PREMIER CHAPITRE LA PROBLÉMATIQUE.....	23
1. LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE	23
1.1 Les soins infirmiers au Québec.....	23
1.2 L'accès à la profession infirmière au Québec	25
1.3 Le programme Intégration à la profession infirmière du Québec (CWA.0B) au Cégep Édouard-Montpetit.....	29
1.4 Les stages cliniques en milieu professionnel.....	31
2. LE PROBLÈME DE RECHERCHE.....	32
2.1 Difficultés rencontrées par les infirmières et les infirmiers diplômés hors Canada lors des stages cliniques	32
3. LA QUESTION GÉNÉRALE DE RECHERCHE	38
DEUXIÈME CHAPITRE LE CADRE DE RÉFÉRENCE	41
1. LE DÉVELOPPEMENT DE COMPÉTENCES.....	42

1.1	Concept de compétence	42
1.2	Compétences essentielles à développer en soins infirmiers	44
2.	LE TRANSFERT DES APPRENTISSAGES	48
2.1	Rôle des enseignantes et enseignants concernant le transfert des apprentissages.....	54
3.	LES TYPES DE CONNAISSANCES	56
4.	LES STRATÉGIES PÉDAGOGIQUES	57
4.1	Stratégies d'enseignement axées sur l'apprentissage expérientiel	58
4.1.1	Les stages en milieu clinique	59
4.1.2	Les activités d'immersion clinique simulée	60
4.2	Stratégies d'apprentissage.....	68
4.2.1	Les stratégies cognitives	70
4.2.2	Les stratégies métacognitives.....	71
5.	LES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DE L'ESSAI	74
TROISIÈME CHAPITRE LA MÉTHODOLOGIE		75
1.	L'APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE.....	75
1.1	La posture épistémologique.....	76
1.2	Le type de recherche	76
1.3	Les participantes et les participants	79
1.4	Le déroulement de la recherche.....	82
2.	LES MÉTHODES ET LES INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES	90
2.1	L'observation.....	91
2.2	L'entrevue semi-dirigée	92

2.3	Le journal de bord de la chercheuse	93
3.	LA DÉMARCHE DE L'ANALYSE	94
4.	LES MOYENS POUR ASSURER LA RIGUEUR ET LA SCIENTIFICITÉ	95
4.1	La crédibilité	95
4.2	La transférabilité	96
4.3	La fiabilité.....	96
4.4	La confirmation.....	97
5.	LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	97
5.1	Respect de la personne	98
5.2	Préoccupation pour le bien-être	99
5.3	Respect de la vie privée et à la confidentialité.....	99
5.4	Justice.....	101
	QUATRIÈME CHAPITRE PRÉSENTATION ET INTERPRÉTATION DES	
	DONNÉES QUALITATIVES	103
1.	PRÉSENTATION DES PARTICIPANTES ET PARTICIPANTS DE LA	
	RECHERCHE	103
2.	PRÉSENTATION ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES QUALITATIVES	107
2.1	Synthèse des données qualitatives relatives à l'observation non	
	participative de l'activité d'immersion clinique simulée.....	110
2.1.1	Données qualitatives provenant de l'étape du breffage	112
2.1.2	Données qualitatives provenant de l'étape du débreffage	113
2.2	Interprétation des données qualitatives relatives à l'observation non	
	participative de l'activité d'immersion clinique simulée.....	119

2.3 Synthèse des données qualitatives de l'entrevue de groupe semi-dirigée	122
2.4 Interprétation des données qualitatives relatives à l'entrevue de groupe semi-dirigée.....	134
CONCLUSION	139
1. LES RETOMBÉES	142
2. LES LIMITES DE L'ESSAI.....	143
3. LES PERSPECTIVES FUTURES	144
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	145
ANNEXE A COMPÉTENCES DU PROGRAMME COLLÉGIAL SOINS INFIRMIERS 180.A0	159
ANNEXE B PROGRAMME INTÉGRATION À LA PROFESSION INFIRMIÈRE DU QUÉBEC (CWA.0B).....	163
ANNEXE C COMPÉTENCES DU PROGRAMME INTÉGRATION À LA PROFESSION INFIRMIÈRE DU QUÉBEC (CWA.0B)	167
ANNEXE D LES 17 ACTIVITÉS RÉSERVÉES DE L'INFIRMIÈRE ET DE L'INFIRMIER	171
ANNEXE E COMPÉTENCES SPÉCIFIQUES DU COURS 180-F94-VM INTERVENTION EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE II	175
ANNEXE F FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	179
ANNEXE G GUIDE DE PRÉPARATION À L'INTENTION DES PARTICIPANTES ET DES PARTICIPANTS.....	187

ANNEXE H LECTURES SUGGÉRÉES	197
ANNEXE I CONTRAT PÉDAGOGIQUE DE PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS DE SIMULATION CLINIQUE	203
ANNEXE J CONSENTEMENT À LA PHOTOGRAPHIE-IMAGE.....	207
ANNEXE K GUIDE D'ENTREVUE DE GROUPE SEMI-DIRIGÉE	211
ANNEXE L RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX.....	217

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Les sept processus cognitifs impliqués dans la dynamique du transfert des apprentissages, selon Tardif (1999).....	52
Tableau 2 Modèle théorique retenu : Stratégies d'apprentissage cognitives et métacognitives, selon Bégin (2008)	70
Tableau 3 Modèle intégré : Adaptation des étapes de l'activité clinique simulée avec les sept processus cognitifs impliqués dans la dynamique du transfert des apprentissages, selon Tardif (1999) ainsi que certaines stratégies d'apprentissage issues de la taxonomie de Bégin (2008).....	73
Tableau 4 Devis méthodologique recherche-expérimentation	78
Tableau 5 Déroulement de la journée du 29 mai 2018.....	86
Tableau 6 Étapes et échéancier opérationnel du déroulement de la recherche-expérimentation	89
Tableau 7 Portrait sociodémographique des participantes et des participants	105
Tableau 8 Catégories : stratégies cognitives de traitement et catégories d'actions	108
Tableau 9 Catégories : stratégies cognitives d'exécution et catégories d'actions	108
Tableau 10 Catégories : stratégies métacognitives et catégories d'actions	109
Tableau 11 Scénarios pédagogiques utilisés.....	111

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Étapes à suivre pour l'obtention du droit d'exercer la profession infirmière au Québec à l'intention des IIDHC.	28
Figure 2.	Schéma adapté du modèle de l'apprentissage expérientiel élaboré par Kolb en 1984.	47
Figure 3.	Adaptation en langue française du modèle de Jeffries (2012), par Delmas et St-Pierre (2012). Figure tirée de Fournier, Lemelin et De Palma (2013, p. 11).	65
Figure 4.	Graphique : Nombre d'années d'expérience comme professionnelle ou professionnel dans le domaine de la santé dans le pays d'origine.....	106
Figure 5.	Graphique : Nombre d'années de résidence au Québec.	106

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AEC	Attestation d'études collégiales
ARM	Arrangement sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles entre la France et le Québec
AECEPI	Attestation d'exercice à titre de candidate ou candidat à la profession infirmière
CAE	Comité d'admission par équivalence
CÉGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
CEPI	Candidate ou Candidat à l'exercice de la profession infirmière
CWA.0B	Programme Intégration à la profession infirmière du Québec
DEC	Diplôme d'études collégiales
DHC	Diplômés hors Canada
FADM	Feuille d'administration des médicaments
IIDHC	Infirmières et infirmiers diplômés hors Canada
IIDHQ	Infirmières et infirmiers diplômés hors Québec
INACSL	International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OQLF	Office québécois de la langue française

Dans son esprit, il ne fait aucun doute que cette recherche constante de situations de transfert est inhérente à l'apprentissage lui-même.

Jacques Tardif (1999)

INTRODUCTION

Depuis quelques années, le gouvernement du Québec a recours à une population formée à l'étranger dans le but de pourvoir des postes dans divers domaines restés vacants. Dans le but de combler le manque d'effectif infirmier, ce gouvernement a mené des stratégies de recrutement dans des pays ciblés pour inciter des infirmières et des infirmiers formés et diplômés hors Canada à venir exercer dans la province québécoise. Ces démarches permettent un accès rapide à des ressources dites qualifiées (Primeau, 2014).

Afin de favoriser l'intégration sociale et professionnelle ainsi que la rétention dans les postes pour lesquels les services de cette population ont été retenus, divers mécanismes sont mis en branle, notamment des formations prescrites par le Comité d'admission par équivalence qui est régi par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). L'accroissement du mouvement migratoire est une réalité qui est bien observée à l'intérieur des maisons d'enseignement collégial du Québec (Gaudet et Loslier, 2011; Fournier, Lemelin et De Palma, 2013).

Dans tous les programmes de la santé, notamment dans le programme *Intégration à la profession infirmière du Québec* (CWA.0B), les stages en milieu clinique, en raison des diverses situations de transfert qui peuvent être rencontrées, s'avèrent une activité pédagogique primordiale pour assurer le développement des compétences professionnelles infirmières nécessaires pour exercer une pratique de soins sécuritaire en contexte québécois.

Or, la pénurie des milieux des stages offrant des situations d'apprentissage et des expériences cliniques tant riches que variées, combinée, entre autres, à une méconnaissance de la culture professionnelle et à une barrière linguistique d'une partie des infirmières et des infirmiers diplômés hors Canada (IIDHC), viennent compromettre

leur réussite scolaire en raison de leur difficulté à utiliser les nouveaux apprentissages acquis dans le programme CWA.0B pour adapter leurs pratiques infirmières au contexte de soins québécois lors des stages cliniques. Pour surmonter cet obstacle, la recension des écrits avance que l'activité d'immersion clinique simulée se révèle comme étant une solution à considérer pour favoriser la réussite pédagogique. Toutefois, cette recension des écrits ne nous a pas permis de trouver de recherches qui se sont penchées sur l'influence de l'activité d'immersion clinique simulée concernant le transfert des apprentissages.

Dans le cadre de cet essai de type qualitatif/interprétatif avec une approche descriptive, la chercheuse s'est intéressée à la contribution de l'activité d'immersion clinique simulée sur le transfert des apprentissages de nouveaux apprentissages acquis par les étudiantes et étudiants inscrits dans le programme *Intégration à la profession infirmière du Québec* (CWA.0B) du Cégep Édouard-Montpetit.

Le premier chapitre aborde la problématique. Le contexte dans lequel s'inscrit l'essai est exposé. Les soins infirmiers au Québec, l'accès à la profession infirmière au Québec, le programme *Intégration à la profession infirmière du Québec* (CWA.0B) et les stages cliniques en milieu professionnel y sont abordés. Ensuite, les difficultés rencontrées par les IIDHC lors des stages cliniques sont exposées. La formulation de la question générale de l'essai vient clore ce premier chapitre.

Le second chapitre présente les principaux concepts abordés à l'intérieur du cadre de référence de l'essai : le développement des compétences; le transfert des apprentissages; les types de connaissances; les stratégies pédagogiques. Ce dernier thème traite des stratégies d'enseignement axées sur l'apprentissage expérientiel, soit les stages en milieu clinique et les activités d'immersion clinique simulée ainsi que des stratégies d'apprentissage cognitives et métacognitives impliquées dans le transfert des apprentissages. Pour l'élaboration du cadre de référence sur lequel l'essai s'est appuyé, les travaux de trois principaux auteurs ont été retenus : les étapes liées à l'activité d'immersion clinique simulée, selon Jeffries (2012); les processus impliqués dans le

transfert des apprentissages, selon Tardif (1999); les stratégies d'apprentissage issues de la taxonomie de Bégin (2008). Ce deuxième chapitre se termine en présentant, d'une part, le modèle intégré d'une adaptation des étapes de l'activité clinique simulée avec les sept processus cognitifs impliqués dans la dynamique du transfert des apprentissages, selon Tardif (1999) ainsi que certaines stratégies d'apprentissage issues de la taxonomie de Bégin (2008) qui servira à l'analyse, et d'autre part, en présentant les trois objectifs spécifiques de l'essai.

Le troisième chapitre présente les éléments constitutifs de la méthodologie utilisés à l'intérieur de notre essai afin de répondre à la question générale ainsi qu'aux objectifs spécifiques de l'essai. Cinq sections distinctes composent ce chapitre. La première section aborde l'approche méthodologique qui traite de la posture épistémologique, du type de recherche, du choix des participantes et des participants et du déroulement de la recherche inspiré du devis méthodologique d'une recherche-expérimentation, selon Paillé (2007). La deuxième section présente les méthodes et les instruments de collecte de données qui ont servi à recueillir les données qualitatives : l'observation non participante, l'entrevue de groupe semi-dirigée et le journal de bord de la chercheuse. La troisième section de ce chapitre traite de la démarche de l'analyse. La quatrième section porte sur les moyens qui ont été privilégiés pour assurer la rigueur et la scientificité de l'essai. Enfin, la dernière section traite des considérations éthiques qui ont guidé toutes les démarches entourant l'essai.

Le quatrième et dernier chapitre présente, en premier lieu, la description sous forme de synthèse, les résultats concernant l'observation non participante. Cette description est suivie de l'interprétation des données qualitatives recueillies. En second lieu, les résultats relatifs à l'entrevue de groupe semi-dirigée sont exposés. La synthèse de la description des résultats issus des données recueillies précède leur interprétation.

Pour terminer, une conclusion présente une synthèse des éléments clés qui caractérisent cet essai. Les retombées ainsi que les limites identifiées de la recherche y

sont exposées. De plus, des perspectives pour de futures recherches sont finalement proposées.

PREMIER CHAPITRE

LA PROBLÉMATIQUE

Ce premier chapitre qui est divisé en trois parties présente les éléments entrant dans la composition de la problématique liée à notre essai de maîtrise. Dans un premier temps, nous présentons le contexte dans lequel s'inscrit l'essai. Un portrait des soins infirmiers au Québec ainsi que les voies d'entrée permettant l'accès à cette profession seront présentés. Ensuite, le programme *Intégration à la profession infirmière du Québec* (CWA.0B) au Cégep Édouard-Montpetit et l'importance des stages cliniques dans la formation des infirmières et des infirmiers seront abordés. Dans un deuxième temps, nous exposons les difficultés rencontrées par les infirmières et infirmiers diplômés hors Canada (IIDHC) lors des stages cliniques. Nous terminons ce chapitre en formulant la question générale de l'essai.

1. LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE

1.1 Les soins infirmiers au Québec

Comme le mentionne Wehmer (2010), les « soins infirmiers sont issus d'une longue tradition de femmes soignantes qui ont contribué à façonner la pratique contemporaine » (p. 42). Étant jadis une profession dans laquelle le rôle du personnel infirmier se résumait à mettre en application les ordonnances médicales, aujourd'hui le champ d'exercice de l'infirmière et de l'infirmier qui œuvrent dans divers milieux du secteur public ou privé de la santé au Québec s'est élargi (OIIQ, 2012). En effet, en réponse aux besoins complexes de la société en matière de santé, « de l'évolution accélérée des connaissances scientifiques et technologiques » (*Ibid.*, p. 3), cette profession a grandement évolué, au fil des ans (Deschênes, Fournier, St-Julien et Payette, 2015; Duchesneau, Lachaine et Provost, 2012 ; OIIQ, 2012). Elle s'est vue octroyer, dans le cadre de son champ d'exercice, de nouveaux rôles ainsi que de

nouvelles responsabilités afin d’offrir des soins de qualité personnalisés et sécuritaires à une population ayant des besoins spécifiques en matière de santé (OIIQ, 2012).

À cet effet, au début des années 2000, le Gouvernement du Québec (2002a) apporte des modifications au Code des professions. C’est ainsi que depuis la mise en vigueur, en 2003, de la *Loi modifiant le Code des professions et d’autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, mieux connu sous l’appellation de la *Loi 90*, la marge décisionnelle des infirmières et infirmiers québécois est devenue plus large (Gouvernement du Québec, 2002a; OIIQ, 2007). Cette loi vient reconnaître l’expertise et le rôle central des infirmières et infirmiers en matière de soins (OIIQ, 2003). En effet, elle confère aux infirmières et infirmiers québécois une autonomie professionnelle qui leur permet de pratiquer de manière compétente la profession infirmière (OIIQ, 2007). Les infirmières et infirmiers sont appelés à jouer un rôle prépondérant quant à « l’évaluation, la surveillance clinique et le suivi infirmier » (OIIQ, 2018, p.7) de la population québécoise.

En conformité avec la loi-cadre du système professionnel québécois, soit le *Code des professions*, L.R.Q., c. C-26 (Gouvernement du Québec, 2017a; OIIQ, 2007), la profession infirmière au Québec est régie par l’OIIQ en vertu de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, L.R.Q., c. I-8 (Gouvernement du Québec, 2016; OIIQ, 2007). L’OIIQ a pour mission première de protéger le public, « notamment par la détermination des conditions et des modalités d’accès à la profession et par la surveillance de l’exercice de la profession d’infirmière » (OIIQ, 2007, p. 1).

L’OIIQ (2010) définit le but de la pratique infirmière ainsi :

La pratique infirmière vise à rendre la personne (famille, groupe ou collectivité) apte à prendre sa santé en charge selon ses capacités et les ressources que lui offre son environnement, quelle que soit l’étape de la vie qu’elle traverse et quelle que soit la phase de sa maladie. Elle vise également à rendre la personne capable d’assurer son bien-être et d’avoir une bonne qualité de vie (OIIQ, 2010, p. 11).

1.2 L'accès à la profession infirmière au Québec

Dans son rapport sur l'effectif infirmier pour les années 2016 et 2017, l'OIIQ (2017a) mentionne que ce sont 74 469 infirmières et infirmiers qui étaient inscrits au Tableau de l'OIIQ. De ce nombre 70 038, soit 94% des infirmières et infirmiers travaillent dans le domaine des soins infirmiers (*Ibid.*). Au cours de cette période, les infirmières et infirmiers ayant reçu une formation initiale hors Québec représentent 5,8% de l'effectif infirmier du Québec, soit un total de 4 078 d'infirmières et infirmiers diplômés hors Québec (IIDHQ) (*Ibid.*). C'est une hausse de 1% comparativement à la période couvrant les années 2012 et 2013(*Ibid.*). Il est à noter que ce rapport ne nous permet pas de connaître le nombre exact d'IIDHC faisant partie de cet effectif infirmier, car ce pourcentage tient également compte des infirmières et des infirmiers canadiens formés dans d'autres provinces du Canada.

Au Québec, il existe différents parcours académiques qui permettent d'accéder à la profession infirmière. Toutes les formations ont pour but ultime de former des diplômées et des diplômés aptes à exercer avec compétence la profession infirmière dans un contexte québécois (OIIQ, 2014a). Puisque les trois premiers parcours académiques ne font pas l'objet de notre étude, nous ne ferons que les nommer :

- Le programme collégial Soins infirmiers 180-A0 qui mène à l'obtention du diplôme d'études collégiales (DEC);
- Le programme universitaire Sciences infirmières qui mène à l'obtention d'un baccalauréat en sciences infirmières (B. Sc.);
- Un stage d'adaptation clinique qui s'adresse aux infirmières et infirmiers diplômés en France qui répondent aux critères d'admissibilité de

l'Arrangement¹ sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles (ARM) entre la France et le Québec (Gouvernement du Québec, 2017b).

Enfin, la dernière voie, qui fait l'objet de notre étude, fait référence au programme d'intégration professionnelle qui s'adresse aux IIDHC non admissibles à l'ARM. Avant leur inscription dans le programme d'intégration, dans le but d'obtenir un droit d'exercer la profession infirmière au Québec, les IIDHC doivent entreprendre des démarches simultanées auprès de l'OIIQ ainsi qu'auprès des ministères chargés de l'immigration dans le palier gouvernemental canadien et le palier gouvernemental québécois (OIIQ, 2014a). Ces IIDHC proviennent de pays dont la formation initiale ainsi que le contexte de pratique diffèrent à ce qu'on peut observer au Québec (OIIQ, 2007). C'est au Comité d'admission par équivalence (CAE), une instance de l'OIIQ, que revient la responsabilité de prescrire la voie que prendront les IIDHC en vue d'obtenir le droit d'exercer la profession infirmière au Québec, et ce, à la suite de l'analyse des dossiers des IIDHC (OIIQ, 2007, 2014a, 2014b; Philibert, 2015). Le « dossier de la candidate sera analysé à son mérite, et [...] tiendra compte non seulement du profil du pays où elle a été formée, mais également de son expérience concrète » (OIIQ, 2007, p. 4). Dans le cadre de cet essai, nous nous intéressons aux IIDHC qui doivent suivre et réussir le programme *Intégration à la profession infirmière du Québec* (CWA.0B). Ce programme est offert dans quatre cégeps francophones² et dans un cégep anglophone³ (OIIQ, 2017b). Ce dernier sera explicité dans la section qui suit.

Enfin, toujours selon le rapport sur l'effectif infirmier pour les années 2016 et 2017, l'OIIQ (2017a) souligne

¹ *Règlement sur la délivrance d'un permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour donner effet à l'arrangement conclu par l'Ordre en vertu de l'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles, RLRQ, c. I-8, r. 13.*

² Cégeps francophones qui offrent le programme *Intégration à la profession infirmière du Québec* (CWA.0B): Édouard-Montpetit, Limoilou, Sherbrooke et Vieux-Montréal.

³ Cégep anglophone qui offre qui offre le programme *Professional integration into nursing in Québec* (CWA.0K) : John Abbott.

que depuis 2010, la proportion de nouveaux permis délivrés annuellement à des diplômés hors Québec atteint jusqu'à 15 %, ce qui s'explique notamment par l'entrée en vigueur de l'Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) des qualifications professionnelles (Entente France-Québec) en juin 2010, mais aussi par une augmentation du nombre d'infirmières et infirmiers en provenance d'autres pays de la francophonie (Haïti, Liban, Algérie, Maroc, Côte d'Ivoire, etc.) (p. 23).

La Figure 1 à la page suivante présente les étapes que doivent suivre les IIDHC admissibles à l'ARM et les IIDHC non admissibles à l'ARM en vue de l'obtention du droit d'exercer la profession infirmière au Québec.

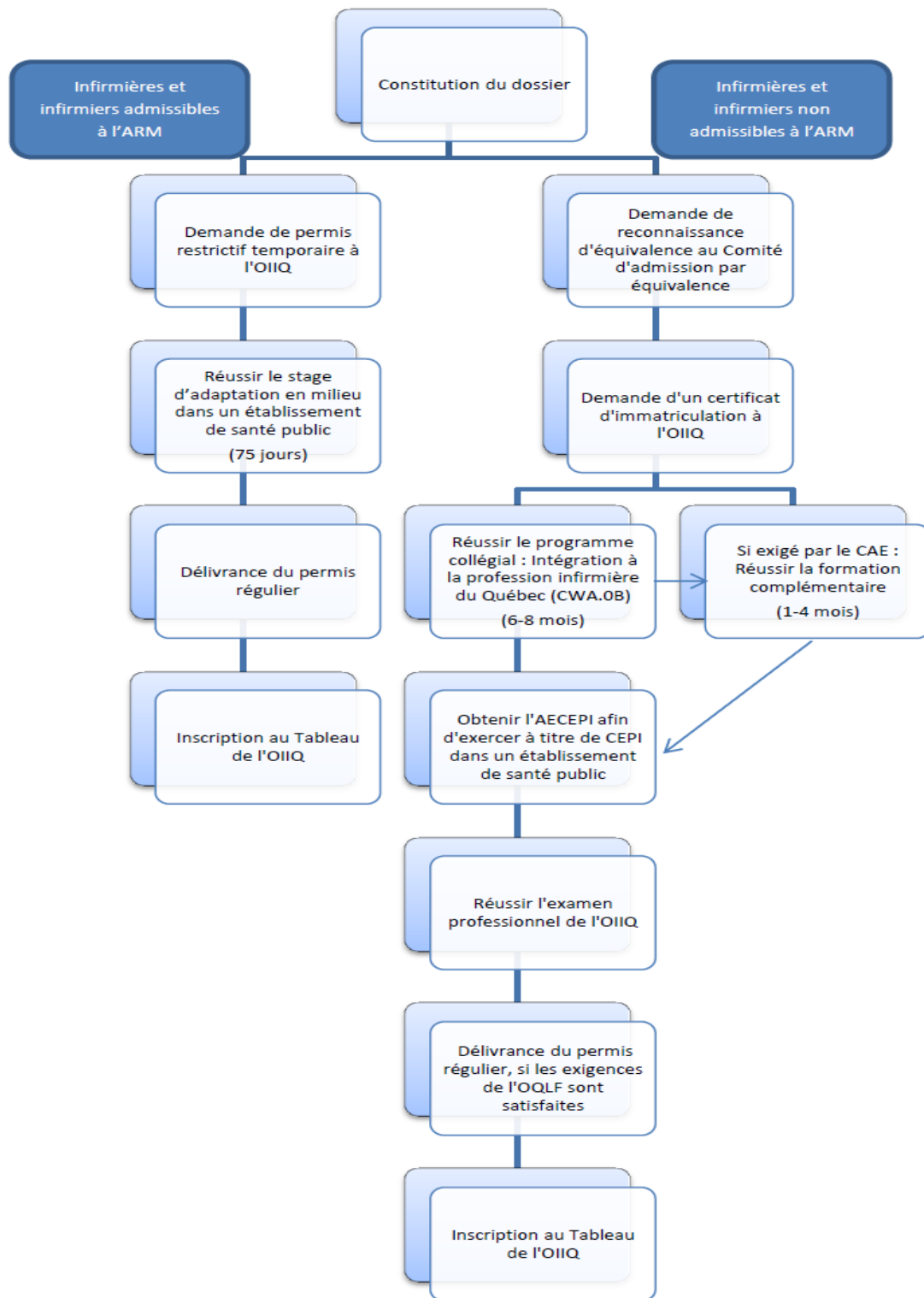


Figure 1. Étapes à suivre pour l'obtention du droit d'exercer la profession infirmière au Québec à l'intention des IIDHC (OIIQ, 2014a, 2014b).

1.3 Le programme Intégration à la profession infirmière du Québec (CWA.0B) au Cégep Édouard-Montpetit

Le programme d'intégration professionnelle *Intégration à la profession infirmière du Québec* (CWA. 0B), doit être réussi dans un délai de deux ans, tel que le stipulé dans le *Règlement sur les normes d'équivalence de diplôme ou de la formation aux fins de la délivrance d'un permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, RLRQ, c. I-8, r. 16 (Gouvernement du Québec, 2018a), et de quatre ans au total (OIIQ, 2017b), tel que le stipulé dans le *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, RLRQ, c. I-8, r. 13 (Gouvernement du Québec, 2018b) pour achever le processus menant à la délivrance du permis régulier d'exercice (OIIQ, 2014a). Le programme CWA.0B mène à une AEC (OIIQ, 2017b). Il « est défini à partir des compétences de la composante de formation spécifique du programme Soins infirmiers 180.A0, programme sanctionné par un diplôme d'études collégiales (DEC) donnant accès à l'examen d'admission à la profession » (OIIQ, 2009a, p. 3). Les compétences menant au DEC (Gouvernement du Québec, 2008) sont présentées à l'annexe A.

Selon la prescription du CAE, les IIDHC auront à suivre une formation d'une durée de 6 à 8 mois dans le programme CWA.0B (annexe B). Pour permettre l'atteinte des 12 compétences inhérentes à ce programme de formation (annexe C), 615 heures de formation sont offertes dans le tronc commun au Cégep Édouard-Montpetit : 225 heures de cours théoriques, 105 heures de cours en laboratoires et 285 heures de stage en milieu clinique de médecine et de chirurgie (OIIQ, 2009b, Cégep Édouard-Montpetit, 2010). Par conséquent, lorsque la formation reçue à l'étranger n'est pas considérée comme étant équivalente à ce qui est offert au Québec, le CAE prescrit une formation complémentaire aux IIDHC (OIIQ, 2014a) dans un ou plusieurs des quatre domaines suivants : périnatalité; pédiatrie; soins aux adultes et personnes âgées en perte d'autonomie; santé mentale (*Ibid.*). Au Cégep Édouard-Montpetit, seulement les formations complémentaires touchant les domaines des soins aux adultes et personnes âgées en perte d'autonomie et ainsi que la santé mentale sont offertes actuellement, car

il y a peu de demandes d'inscriptions pour les cours de périnatalité ainsi que de pédiatrie (Cégep Édouard-Montpetit, 2018). La durée de cette formation complémentaire varie de 1 à 4 mois au Cégep Édouard-Montpetit.

Le programme CWA.0B est administré par la formation continue. Il a pour visées :

- la familiarisation au contexte de pratique québécois, sur les plans professionnel, légal, déontologique, organisationnel et socioculturel;
- l'adaptation des compétences déjà acquises afin de pouvoir exercer la profession au Québec;
- la démonstration des compétences cliniques essentielles à une pratique professionnelle sécuritaire et efficace dans un milieu de soins québécois (OIIQ, 2014a, p. 5).

Une fois la formation réussie, les IIDHC ont l'obligation de faire une demande d'attestation d'exercice à titre de candidate ou candidat à l'exercice de la profession infirmière (AECEPI) auprès de l'OIIQ afin de pouvoir exercer à titre de CEPI (OIIQ, 2007, 2014a) dans un établissement de santé public comme le prévoit la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ainsi que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (OIIQ, 2014a). Ce statut leur confère le droit d'exercer sous la supervision d'une infirmière ou d'un infirmier, certaines activités professionnelles réservées aux infirmières et infirmiers liées au champ d'exercice de la profession (OIIQ, 2014a). La liste des activités réservées est présentée à l'annexe D.

L'article 36, alinéa 1, du cadre légal de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, spécifie le champ d'exercice de la profession infirmière ainsi :

L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs (Gouvernement du Québec, 2016).

Enfin, la délivrance du permis régulier ne se fait que si, d'une part, l'examen professionnel de l'OIIQ est réussi, et que d'autre part, les « exigences de la *Charte de la langue française* en matière de connaissance du français » (OIIQ, 2014a, p. 6) sont satisfaites, comme l'exige l'Office québécois de la langue française (OQLF) (*Ibid.*). En outre, pour exercer à titre d'infirmière ou d'infirmier, les IIDHC devront s'inscrire au Tableau de l'OIIQ afin de devenir des membres en règle de l'OIIQ (OIIQ, 2014a).

Dans le cadre de cet essai, nous nous attarderons à la formation des IIDHC inscrits dans le cours *180-F94-VM Intervention infirmière en médecine-chirurgie II* du programme CWA.0B au Cégep Édouard-Montpetit. Ce cours comporte 45 heures de cours théoriques, 30 heures de cours en laboratoires et 165 heures de stage en milieu clinique de médecine et de chirurgie (Cégep Édouard-Montpetit, 2010). Les compétences spécifiques de ce cours sont présentées à l'annexe E.

La prochaine section traite des stages cliniques qui se déroulent dans un centre hospitalier en milieu professionnel.

1.4 Les stages cliniques en milieu professionnel

Les stages cliniques en milieu professionnel sont offerts dans différents programmes de la santé. Dans les programmes relatifs aux soins infirmiers, ces stages constituent une activité pédagogique primordiale pour, entre autres, l'application et l'intégration des connaissances, ainsi que pour le développement des compétences des étudiantes et étudiants à l'égard des pratiques sécuritaires en matière de soins de santé (OIIQ, 2009a). Ils offrent divers contextes dans lesquels les étudiantes et les étudiants sont amenés à utiliser leurs connaissances afin de résoudre des problèmes qui sont en lien à la prestation des soins de santé auprès des personnes qui en ont besoin. En fait, ce « contexte d'apprentissage permet le développement du jugement clinique des infirmières et les rend aptes à prendre des décisions cliniques appropriées aux situations de soins » (OIIQ, 2009a, p. 7). En effet, grâce aux diverses situations cliniques auxquelles les étudiantes et étudiants sont exposés, les stages cliniques les préparent à faire face aux exigences de la pratique professionnelle dans divers contextes de soins

dans lesquels ils seront appelés à travailler (*Ibid.*), et ce, en leur donnant un lieu privilégié pour développer une pratique professionnelle qui répond aux exigences du cadre légal de la profession infirmière.

2. LE PROBLÈME DE RECHERCHE

2.1 Difficultés rencontrées par les infirmières et les infirmiers diplômés hors Canada lors des stages cliniques

Bien que l'accueil de nouveaux immigrants en sol québécois ne date pas d'hier, l'accroissement de ce mouvement migratoire au Québec est une réalité qui est bien observée à l'intérieur des maisons d'enseignement collégial (Gaudet et Loslier, 2011; Fournier, Lemelin et De Palma, 2013). En effet, elle a amené les différents acteurs qui gravitent autour de la formation des étudiantes et des étudiants des cégeps québécois à composer avec la hausse de la diversité ethnoculturelle de la population étudiante sur le plan linguistique, religieux et culturel. Cette diversité culturelle pose des défis, entre autres, au corps professoral et aux étudiantes et étudiants quant à la réussite scolaire, et à l'intégration réussie de ces derniers à la société pluraliste québécoise. Le pluralisme est défini par Gagnon (2010) comme étant l'existence d'une « pluralité de valeurs et de croyances partagées par les membres de la société, parfois difficilement compatibles les unes avec les autres, mais qui peuvent néanmoins coexister sous l'égide d'un État de droit » (p. 13).

Loslier (2015) mentionne dans une étude exploratrice et qualitative qui s'est intéressée à la situation d'apprentissage en milieu clinique des étudiantes et étudiants issus de l'immigration inscrits dans trois programmes de techniques humaines et de la santé : Techniques de travail social; Soins infirmiers; Intégration à la profession infirmière du Québec, que les stages cliniques en milieu professionnel posent divers défis pour cette population étudiante, « celui de la rencontre interculturelle » (*Ibid.*, p. 87). En effet, « les stagiaires sont confrontés non seulement à la dimension “explicite” du savoir-être québécois, mais aussi à sa dimension “implicite” » (*Ibid.*, p. 88). Cet état de fait, comme le mentionnent Gaudet et Loslier (2011) dans leur étude

exploratoire portant sur des difficultés que rencontrent les étudiantes et étudiants immigrants en stage dans six programmes techniques au collégial, place cette population étudiante dans une sorte de décalage culturel qu'ils se doivent de rattraper afin de rencontrer les objectifs des stages en milieu clinique.

En conséquence, afin de favoriser l'intégration des étudiantes et étudiants issus de l'immigration, Steinbach (2012), affirme, dans son étude de type recherche-action, qu'il est de la responsabilité de tous les intervenants qui travaillent auprès de cette population étudiante de mettre en œuvre des mécanismes appropriés qui favorisent la réussite scolaire et l'intégration sociale.

Fournier et Lapierre (2010) ainsi que Gaudet et Loslier (2011) ont répertorié des moyens qui contribueraient à favoriser l'intégration et la réussite scolaire des étudiantes et des étudiants issus de l'immigration. Dans ce but, ces moyens reposent, entre autres, sur de la formation qui vise à développer la compétence des enseignantes et des enseignants à dispenser un enseignement dans un contexte diversifié culturellement (Fournier et Lapierre, 2010; Gaudet et Loslier, 2011; Théagène, 2015), et sur une meilleure préparation des étudiantes et des étudiants issus de l'immigration à s'intégrer au contexte social et professionnel québécois (Fournier et Lapierre, 2010; Gaudet et Loslier, 2011). Or, le roulement des enseignantes et des enseignants, observé dans le programme CWA.0B au Cégep Édouard-Montpetit, peut difficilement favoriser l'intégration et la réussite scolaire des étudiantes et étudiants issus de l'immigration, en raison du peu d'expérience du personnel enseignant dans ce programme.

Bien que des stratégies visant la réussite scolaire furent développées, certaines étudiantes et certains étudiants issus de l'immigration ne sont pas en mesure de montrer qu'ils sont capables d'effectuer un transfert des apprentissages en milieu clinique en démontrant un « savoir-être québécois sur le plan social et sur le plan professionnel » (Loslier, 2015, p. 88). Selon Gauthier (2012), « Pour l'étudiant immigrant dont les repères sont fort différents en ce qui a trait aux valeurs culturelles, cette période

d'observation des compétences attendues touchées par le savoir-être devient un enjeu d'intégration et de réussite » (p. 52).

Loslier (2015) a identifié six grandes catégories de difficultés qui viennent faire obstacle à la réussite du stage clinique d'intégration de ces étudiantes et de ces étudiants :

- La non-reconnaissance de la formation scolaire et professionnelle antérieure;
- La maîtrise du français québécois : le talon d'Achille;
- Se familiariser avec un rôle professionnel;
- Des problématiques délicates : de la théorie à la réalité;
- L'homosexualité : une réalité inimaginable;
- La religion : objet de polarisation;
- Les situations d'ambiguïté : l'implicite en action (p. 42-50).

Les adaptations socioculturelles dans le but de s'intégrer, l'apprentissage du français dit québécois, le décalage culturel, la perception de la différence ethnoculturelle, les méthodes d'apprentissage et de travail différentes de la société d'accueil peuvent interférer dans leur processus d'apprentissage (Loslier, 2015). De plus, la méconnaissance de la culture professionnelle, ainsi que de nombreuses remises en question peuvent survenir lorsque ces étudiantes et étudiants sont confrontés à des valeurs qui sont différentes de celles de leur pays d'origine (Lapierre et Loslier, 2003). Or, en plus du nouveau contexte socioculturel et professionnel dans lequel les IIDHC doivent évoluer, à cela, viennent s'ajouter la présence dans les milieux hospitaliers de nouvelles technologies ainsi que les maladies à soigner qui diffèrent dans certains pays (OIIQ, 2007; Primeau et Philibert, 2013). Ces différences contribueraient à accroître le stress vécu par les IIDHC en stage clinique (Loslier, 2015; Primeau et Philibert, 2013). De surcroît, Oberg (1960, dans Egenes, 2012, p. 761) avait mentionné que l'immersion d'individus dans un environnement culturel inconnu fait émerger, chez eux, divers sentiments relatifs au choc culturel. Outre le stress généré par la mobilisation d'efforts

pour tenter de parvenir à une adaptation psychologique en raison d'une perte de repères, entre autres, la présence du choc culturel chez l'individu peut faire émerger des sentiments généraux de l'ordre de l'impuissance, de la confusion, de l'incompréhension, etc. (*Ibid.*). Cela rend ainsi le processus du transfert des apprentissages difficile lors des stages cliniques (Loslier, 2015). Cette difficulté fait en sorte que le taux d'échec parmi cette population étudiante est élevé (Primeau, 2014) dans le programme CWA.0B. À cet effet, Primeau (2014) mentionne, dans sa thèse portant sur les facteurs venant expliquer la réussite en matière d'intégration et de rétention des IIDHQ, que pour l'année scolaire 2011-2012 ce sont près de 32% soit environ 120 des 370 des étudiantes et étudiants inscrits dans ce programme qui ont essuyé un échec dans leur parcours. Par ailleurs, entre les années 2009 à 2012 ce sont 35% à 40% des IIDHQ suivant le programme qui étaient à leur deuxième tentative pour réussir le programme, et 5% qui étaient à leur troisième tentative. L'auteure ne précise pas le nombre total d'étudiantes et étudiants inscrits dans les quatre cégeps pour cette période au moment de la recherche.

Par ailleurs, la marge décisionnelle et l'autonomie professionnelle que confère la *Loi 90* aux infirmières et infirmiers québécois peuvent constituer un obstacle pour certaines IIDHC qui n'avaient pas, dans leur pays d'origine, l'autorisation d'exercer certaines activités, telles les évaluations de personnes symptomatiques en vue de planifier des soins répondant à leurs besoins, sans l'intervention explicite d'un médecin. Or, à partir des constats issus de leur évaluation clinique au Québec les infirmières et infirmiers sont appelés, entre autres, à initier des mesures diagnostics pour des fins de dépistage, à déterminer un plan de traitement relatif aux soins de plaies et à procéder à la vaccination selon des protocoles, si la situation l'exige en vertu de la *Loi 90*. Par ailleurs, en plus des nouvelles responsabilités que le personnel infirmier doit assumer, il est appelé à offrir des soins qui soient cohérents et culturellement adaptés aux besoins diversifiés des patientes et patients (Fournier et Lapierre, 2010) du Québec. Ainsi, en raison d'une expérience de travail qui diffère du travail de l'infirmière et de l'infirmier du Québec, cet écart sur le plan de la pratique professionnelle pourrait contribuer à rendre difficile l'intégration en stage des exigences professionnelles québécoises par les

IIDHC qui exerçaient leur pratique uniquement sous le couvert d'ordonnances médicales (OIIQ, 2007; Tessier, 2018).

À cet effet, les IIDHC ne possédant pas une expérience antérieure de travail similaire aux attentes professionnelles québécoises sont plus à risque d'échouer leur programme de formation *Intégration à la profession infirmière au Québec* (CWA.0B) (Primeau, Champagne et Tremblay, 2013a; Tessier, 2018; Thélémaque, 2018). Ce qui freine leur accès à la profession infirmière au Québec.

À ces difficultés viennent s'ajouter d'autres facteurs qui peuvent compromettre le parcours académique des IIDHC. Signalons à ce propos que depuis quelques années, bon nombre d'établissements d'enseignement font face à une pénurie de milieux cliniques dans lesquels les étudiantes et les étudiants inscrits à la formation régulière de Soins infirmiers (180-A0) peuvent effectuer des stages cliniques dans des milieux offrant des situations d'apprentissage et des expériences cliniques riches et variées (OIIQ, 2009a; Primeau et Philibert, 2013). Les IIDHC inscrits dans le programme CWA.0B ne sont pas en reste. Comme le mentionnent Primeau et Philibert (2013), « la pénurie de milieux de stage, (*sic*) a des répercussions négatives quant aux opportunités d'exposition clinique pour les étudiantes » (p. 14) et étudiants inscrits dans ce programme d'intégration. En raison d'une compétition qui subsiste entre les différents programmes de soins infirmiers quant à l'attribution des milieux de stage (Fournier, Lemelin et De Palma, 2013; Gauthier, 2012; Ha et Pepin, 2008; Ledoux, 2016), et que les milieux de stage sont attribués prioritairement à la formation régulière, les IIDHC sont donc contraints à faire des stages de soir et même parfois dans des milieux qui ne répondent pas nécessairement aux objectifs de stage de la formation (Fournier, Lemelin et De Palma, 2013; Gauthier, 2012). Les stages cliniques en milieu professionnel réalisés de soir ne favorisent pas parfois l'atteinte des objectifs visés par le programme d'intégration, en raison des situations cliniques peu complexes qui peuvent entraîner une difficulté dans le choix de cas cliniques pertinents à l'apprentissage (*Ibid.*). À cet égard, les expériences cliniques peu variées ne favorisent pas le développement des compétences des étudiantes et étudiants.

Assurément, pour pouvoir exercer la profession infirmière au Québec, les IIDHC doivent, entre autres, préalablement réussir un programme d'intégration, puis réussir l'examen professionnel de l'OIIQ. Cependant, pour un certain nombre d'IIDHC le processus d'intégration et d'adaptation de leur pratique à la profession infirmière dans le cadre des stages du programme CWA.0B peut s'avérer difficile. À l'instar d'autres auteurs, Primeau et Philibert (2013) identifient des obstacles venant entraver la réussite scolaire des IIDHC : « différences de pratiques et de technologies, barrières communicationnelles, différences culturelles, difficultés de gestion du stress » (p.10).

Qui plus est, Primeau et Philibert (2013), dans leur étude exploratoire portant sur des facteurs expliquant la réussite du programme CWA.0B, ont rapporté que des IIDHC déplorent le fait que certains « modules de formation ne leur sont pas accessibles s'ils leur sont crédités par l'OIIQ lors de l'évaluation de leur formation antérieure même en tant qu'étudiants libres » (p. 15). De ce fait, certaines connaissances ne sont pas réactivées dans le cadre de leur formation. Par ailleurs, le taux de roulement élevé du corps professoral dans plusieurs cégeps, dont le Cégep Édouard-Montpetit, peut occasionner des répercussions sur la qualité de l'enseignement offert à la population étudiante inscrite dans le programme d'intégration (Primeau, Champagne et Lavoie-Tremblay, 2013b).

Afin de surmonter les diverses difficultés rencontrées par les IIDHC, Primeau et Philibert (2013) suggèrent, entre autres, d'accroître l'exposition clinique de cette population « par le biais de laboratoires (*sic*), d'ateliers de simulation ou de stages cliniques dans les milieux adaptés » (p. 18) afin que les apprentissages réalisés puissent éventuellement être transférés en contexte professionnel. Ainsi, dans un contexte où il est difficile de placer les étudiantes et étudiants inscrits dans le programme CWA.0B dans des milieux cliniques de stage qui offrent des expériences riches et standardisées, le recours à des activités d'immersion clinique simulée devient une avenue pertinente afin de pallier à ce manque de milieux de stage adaptés (Fournier, Lemelin et De Palma, 2013; Primeau et Philibert, 2013; OIIQ, 2009b) et pour favoriser le développement du

jugement clinique infirmier des étudiantes et étudiants (Deschênes, Fournier et St-Julien, 2016; OIIQ, 2009*b*).

À notre connaissance, bien que cette stratégie pédagogique soit une alternative qui semble prometteuse « pour optimiser la préparation clinique des étudiants en vue de leurs stages dans les milieux cliniques » (Simoneau et Paquette, 2014, p. VII), et pour accroître le jugement clinique et diminuer le stress des étudiantes et des étudiants (Fournier, Lemelin et De Palma, 2013; Simoneau, Ledoux et Paquette, 2012), entre autres, aucune étude explicite n'a été menée quant aux stratégies qui interviennent dans le processus du transfert des apprentissages des IIDHC dans un contexte d'apprentissage expérientiel contrôlé, telle l'activité d'immersion clinique simulée. Ce contexte d'apprentissage expérientiel contrôlé, en soins infirmiers, réfère à un environnement d'apprentissage par erreur qui ne comporte aucun risque pour les patients (Deschênes, Fournier et St-Julien, 2016; Simoneau, Ledoux et Paquette, 2012; Simoneau et Paquette, 2014) et leur famille. En effet, la recension des écrits ne nous a pas permis de trouver des recherches qui traitaient explicitement de la contribution de l'activité d'immersion clinique simulée sur le transfert des nouveaux apprentissages acquis par les IIDHC inscrits dans le programme CWA.0B. Nous croyons donc qu'il est pertinent d'effectuer une recherche en ce sens afin de faire évoluer l'état des connaissances dans ce domaine et de favoriser la réussite scolaire chez cette population étudiante.

3. LA QUESTION GÉNÉRALE DE RECHERCHE

À la lumière de ce qui précède, soit la problématique et le problème de recherche, nous avons identifié des éléments qui viendraient dans une certaine mesure faire obstacle à la réussite du programme CWA.0B. Parmi ces éléments, nous retrouvons, entre autres, les difficultés rencontrées par les IIDHC lors des stages cliniques, le taux de roulement du corps professoral et les milieux de stage qui n'offrent pas un environnement dans lequel les stagiaires ont la possibilité de transférer les nouveaux apprentissages acquis dans le programme de formation.

À cette fin, la question générale de cet essai est la suivante : Comment une activité d'immersion clinique simulée contribue-t-elle au transfert de nouveaux apprentissages acquis par les étudiantes et étudiants inscrits dans le programme *Intégration à la profession infirmière du Québec* (CWA.0B) du Cégep Édouard-Montpetit?

DEUXIÈME CHAPITRE

LE CADRE DE RÉFÉRENCE

Dans le précédent chapitre, nous avons présenté quelques facteurs qui viennent entraver la réussite des stages cliniques des IIDHC inscrits dans le programme *Intégration à la profession infirmière du Québec* (CWA.0B) au collégial. Or, comme en fait mention l'OIIQ (2009a), les stages en milieu clinique constituent un moyen par excellence pour former les étudiantes et les étudiants qui aspirent à pratiquer la profession infirmière au Québec.

Le contexte de pénurie des milieux de stage clinique ainsi que les difficultés vécues par certaines infirmières et certains infirmiers diplômés hors Canada (IIDHC) lors d'un stage professionnel, entre autres, ont amené la chercheuse à réfléchir sur des façons de faire qui permettraient de rehausser la formation professionnelle de cette population au Cégep Édouard-Montpetit dans le but de mieux la préparer à transférer leurs apprentissages dans le cadre des stages en cours de formation.

Dans le but de répondre à la question générale de recherche, que nous rappelons ici : Comment une activité d'immersion clinique simulée contribue-t-elle au transfert de nouveaux apprentissages acquis par les étudiantes et étudiants inscrits dans le programme *Intégration à la profession infirmière du Québec* (CWA.0B) du Cégep Édouard-Montpetit?, nous expliciterons le cadre de référence sur lequel nous nous sommes appuyée afin, d'une part, conduire l'étude, et d'autre part, élaborer les objectifs spécifiques de notre essai.

Nous aborderons respectivement les concepts suivants dans ce chapitre : le développement de compétences; le transfert des apprentissages; les types de connaissances; les stratégies pédagogiques. Les concepts des stages en milieu clinique ainsi que des activités d'immersion clinique simulée seront abordés comme stratégies d'enseignement à l'intérieur de la sous-section qui traite des stratégies d'enseignement.

Les stratégies cognitives et métacognitives seront abordées dans la sous-section qui traite des stratégies d'apprentissage impliquées dans le transfert. La présentation des objectifs spécifiques conclura ce présent chapitre.

1. LE DÉVELOPPEMENT DE COMPÉTENCES

Comme il est décrit dans la *Politique gouvernementale d'éducation des adultes et de la formation continue* afin que les apprenantes et apprenants puissent prendre part activement à l'évolution de la société québécoise, le développement des compétences doit être privilégié notamment dans le cadre des formations offertes dans l'ordre collégial (Gouvernement du Québec, 2002*b*).

Le Boterf (2010) relate, dans son ouvrage portant sur la définition et le développement de la compétence, l'importance accordée au concept de compétence au fil des décennies. En effet, avec le temps, de nouvelles exigences relatives à la compétitivité ont vu le jour en matière de qualité, de services, de réactivité et d'innovation dans le contexte du marché du travail (*Ibid.*).

Le concept de compétence a été largement documenté et défini par des auteures et auteurs différents, comme en fait foi le foisonnement des écrits à travers les dernières années. Notons que ceci peut apporter un certain flou sémantique entourant le concept de compétence en question. Avant d'aborder le concept de développement des compétences, quelques définitions du concept de compétence sont présentées dans ce qui suit.

1.1 Concept de compétence

Lasnier (2001) définit la compétence comme « un savoir-agir complexe qui fait suite à l'intégration, à la mobilisation et à l'*agencement* d'un ensemble de capacités et d'habiletés [...] et de connaissances (déclaratives) utilisées efficacement dans des situations ayant un caractère commun » (p. 30). Comme le mentionne Le Boterf (2003), un savoir-agir ne se résume pas en un savoir-opérer, car ce dernier réfère au degré

élémentaire de la compétence qui se relaye au savoir-faire. Un savoir-agir serait plutôt une capacité de porter un jugement sur une situation complexe en vue de poser « des actes susceptibles d'avoir une influence sur la résolution de problème à traiter ou de l'activité à réaliser : des actes qui ont du sens » (*Ibid.*, p. 48). Par exemple, dans le même ordre d'idée, cela viendrait à dire que l'étudiante ou l'étudiant saurait gérer des situations professionnelles ayant pour la plupart un caractère complexe (Le Boterf, 2003). Les capacités, pour leur part, réfèrent aux connaissances procédurales et aux connaissances conditionnelles qui font appel à divers types d'habiletés : cognitives, affectives, sociales ou psychomotrices, ainsi qu'à des connaissances issues du contenu disciplinaire, notamment les connaissances déclaratives (Lasnier, 2001). En somme, le savoir-agir nécessite donc une capacité d'adaptation de l'apprenante et de l'apprenant à diverses situations dans un contexte normal ou dans un contexte exceptionnel (Le Boterf, 2003) en vue de résoudre des problèmes. Le savoir-agir se réfère donc au « savoir quoi-faire » (p. 48) dans un contexte. C'est donc dire que la personne compétente sait anticiper des situations inédites et sait reconnaître les actions significatives à poser en vue de tendre vers la résolution de problème (*Ibid.*). En ce qui a trait à l'adaptation, celle-ci suggère que la compétence ne peut être constante, car elle « peut et doit varier en fonction de l'évolution de la situation où elle intervient » (Le Boterf, 2003, p. 62).

Pour plusieurs auteurs, le développement des compétences ne résulte pas d'une simple addition de savoirs (Milhomme, Gagnon et Lechasseur, 2014; Perrenoud, 1999), mais bien de la capacité à mobiliser et à faire interagir au moment opportun divers savoirs entre eux dans le but de faire face à une famille de situations complexes (Gouvernement du Québec, 2002b; Perrenoud, 1995). Le développement de compétences exige que les compétences soient actualisées dans divers contextes (Le Boterf, 2003) afin d'aboutir en une construction de nouvelles compétences ou en une modification des compétences que la personne possède déjà (Le Boterf, 2003; Presseau, Miron et Martineau, 2004).

Pour terminer, Tardif (2006, dans Tardif, 2014, p. 44) définit la compétence comme étant « ‘‘un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d’une variété de ressources internes et externes à l’intérieur d’une famille de situations’’ ». C’est cette définition que nous retenons dans le cadre de l’essai, car elle se rapproche davantage à ce qui est attendu des IIDHC dans le programme CWA.0B. Soulignons que tous les programmes d’études collégiales, notamment le programme *Intégration à la profession infirmière du Québec* (CWA.0B) furent élaborés en tenant compte des compétences que les étudiantes et étudiants se doivent de développer au terme de leur formation afin de rencontrer les exigences du marché du travail.

1.2 Compétences essentielles à développer en soins infirmiers

Rappelons que la formation offerte dans le programme CWA.0B vise à rendre les IIDHC aptes à exercer de manière compétente la profession dans un contexte québécois (OIIQ, 2009b). Une pratique compétente en soins se traduit par la mobilisation et la combinaison judicieuse de divers savoirs dans la perspective d’atteindre un but à l’intérieur d’un contexte professionnel ou à l’intérieur d’une situation de soins (Milhomme et Gagnon, 2010; Milhomme, Gagnon et Lechasseur, 2014). Pour y arriver, les IIDHC doivent inéluctablement mettre en œuvre des processus cognitifs afin de pouvoir développer des compétences qui leur permettent de mobiliser des savoirs contextualisés (Le Boterf, 2003) à la pratique québécoise. Les processus cognitifs sont abordés dans la section qui traite des types de connaissances.

Pour assurer la qualité des soins et des services offerts à la population, l’OIIQ (2005) parle « de compétence professionnelle qui fait référence aux connaissances, aux habiletés, aux attitudes et au jugement clinique nécessaires à l’infirmière pour exercer sa profession, ainsi qu’à la capacité de les appliquer dans une situation clinique donnée » (n. p.) conformément aux normes de sécurité et de déontologie.

Ainsi, à l'intérieur d'un contexte actuel de soins de santé complexes, dans lequel « l'ultra spécialisation ainsi que les innovations en matière de technologies complexifient la pratique » (Deschênes, Fournier, St-Julien et Payette, 2015, p. 7), il s'avère donc impératif que les IIDHC puissent exercer un jugement clinique infirmier de manière à pouvoir contribuer à la résolution des problèmes en matière de santé (Deschênes, Fournier, St-Julien et Payette, 2015; Doyon et Longpré, 2016; Duchesneau, Lachaine et Provost, 2012).

Selon une traduction libre de Tanner (2006, dans Deschênes, Fournier, St-Julien et Payette, 2015, p. 10) le jugement clinique infirmier est « *“un processus de traitement des informations, la formulation d'hypothèses, l'activité clinique subséquente et la réflexion dans l'action”* ». Le développement de cette compétence, en l'occurrence le jugement clinique infirmier, est une condition *sine qua non* afin de permettre à toutes les infirmières et tous les infirmiers de cibler les interventions appropriées et pertinentes dans une situation de soins donnée (Doyon et Longpré, 2016; Deschênes, Fournier, St-Julien et Payette, 2015).

En revanche, les compétences sont inscrites à l'intérieur des situations, elles sont contextualisées (Désilets et Tardif, 1993; Gouvernement du Québec, 2002*b*; Jonnaert, 2009; Lasnier, 2001; Le Boterf, 2003). Elles sont dites transférables, car elles permettent d'affronter, régulièrement et avec efficience, diverses tâches ainsi que diverses familles de situations. Ce qui correspondrait à un « savoir-mobiliser » des ressources qui se réalise dans l'action (Gouvernement du Québec, 2002*b*; Perrenoud, 1999) dans un contexte circonstancié. Le Boterf (2003) apporte une précision quant au savoir-agir dans un contexte professionnel. En effet, celui-ci affirme que la compétence professionnelle ne résiderait pas à l'intérieur de ressources à mobiliser telles les connaissances ou les capacités, entre autres, mais bien « *dans la mobilisation même de ces ressources* » (p. 60), c'est-à-dire dans la façon dont elles sont utilisées dans diverses situations.

Les stages cliniques ainsi que les activités d'immersion clinique simulées sont des stratégies pédagogiques qui portent en elles l'essence du modèle théorique de l'apprentissage expérientiel élaboré par Kolb en 1984 (Fournier, Lemelin et De Palma, 2013; St-Jean, 2016). Legendre (2005) définit l'apprentissage expérientiel comme étant un « Modèle d'apprentissage préconisant la participation à des activités se situant dans des contextes les plus rapprochés possibles des connaissances à acquérir, des habiletés à développer et des attitudes à former ou à changer (p.95) ».

Cet apprentissage expérientiel selon Kolb (1984, dans Chevrier et Charbonneau, 2000, p. 289) et Serre (1995, dans Chevrier et Charbonneau, 2000, p. 289), engage une double relation du savoir envers l'expérience : l'expérience vécue génère un nouveau savoir qui à son tour est validé à l'intérieur de nouvelles expériences vécues. À cet égard, Chevrier et Charbonneau (2000) définissent l'apprentissage expérientiel comme étant « essentiellement [...] la transformation de son expérience vécue en savoir personnel » (p. 287).

Quatre phases cycliques sont impliquées dans le processus de l'apprentissage expérientiel (Kolb, 1984, dans Chevrier et Charbonneau, 2000, p. 289) : l'expérience concrète; l'observation réfléchie; la conceptualisation abstraite; l'expérimentation active. La Figure 2 qui suit présente la dynamique qui règne entre les quatre phases du processus de l'apprentissage expérientiel.

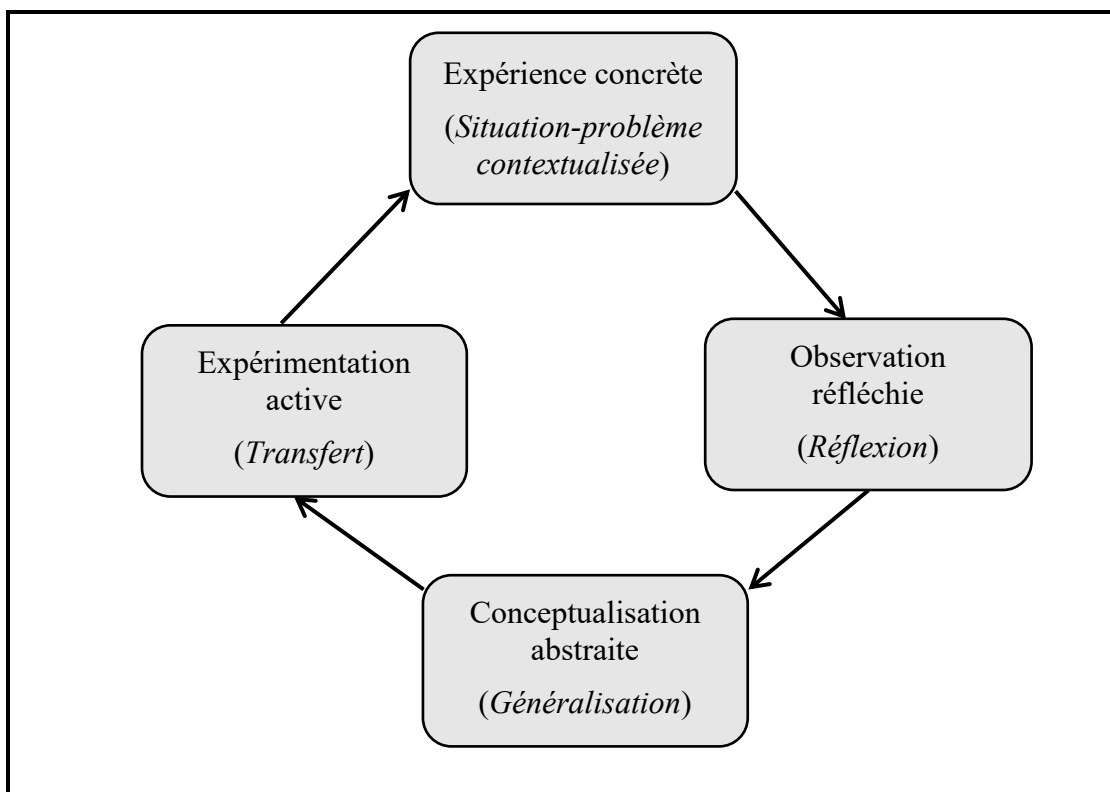


Figure 2. Schéma adapté du modèle de l'apprentissage expérientiel élaboré par Kolb en 1984.

Chevrier et Charbonneau (2000, p. 289) décrivent ces quatre phases comme suit :

Il y a d'abord l'expérience concrète dans laquelle l'individu est personnellement et directement plongé (phase d'expérience concrète). De cette expérience, la personne tire un certain nombre d'observations sur lesquelles elle réfléchit selon différents points de vue afin de lui donner un sens (phase d'observation réfléchie). Cette réflexion fournit le matériel nécessaire pour élaborer un ou des concepts (principes, règles, etc.) permettant de généraliser à plus d'une situation (phase de conceptualisation abstraite). Des implications pratiques ou des hypothèses peuvent alors être déduites et validées dans l'action (phase d'expérimentation active). Le savoir ainsi constitué est réutilisable pour vivre de nouvelles expériences.

Ultimement, l'apprentissage expérientiel vise à susciter chez les étudiantes et étudiants une réflexion dans l'action et sur l'action en vue de leur permettre de

construire de nouveaux apprentissages qui impacteront favorablement leurs transferts au moment opportun en contexte de soins. Cette réflexion est essentielle afin d'individualiser les soins à prodiguer à une population ayant des besoins spécifiques en matière de santé (Duchesneau, Lachaine et Provost, 2012). Ainsi face à une situation nouvelle, comportant toutefois des similitudes à la tâche source, les étudiantes et étudiants arrivent à reconnaître que des actions similaires (généralisation) peuvent être mises en branle (Barbeau, Montini et Roy, 1997) afin de résoudre la situation-problème.

En conséquence, lorsque les conditions sont optimales, l'immersion des IIDHC dans un contexte professionnel authentique, tels les stages cliniques ou les activités d'immersion cliniques simulées, offre des opportunités permettant la mobilisation des apprentissages favorisant l'émergence du développement des compétences en vue de procéder à leur transfert dans diverses situations qui se présentent. Pour ce faire, trois phases essentielles doivent concourir dans les situations de transfert, en l'occurrence, la contextualisation, la décontextualisation ainsi que la recontextualisation (Brouillette et Presseau, 2004; Désilets et Tardif, 1993; Presseau, 2000; Tardif et Meirieu, 1996). Nous abordons dans le prochain segment le concept central de la problématique, soit le transfert des apprentissages ainsi que les trois phases essentielles au processus du transfert.

2. LE TRANSFERT DES APPRENTISSAGES

Pour Tardif et Meirieu (1996), « Le transfert des apprentissages se produit lorsqu'une connaissance acquise dans un contexte particulier peut être reprise d'une façon judicieuse et fonctionnelle dans un nouveau contexte, lorsqu'elle peut être recontextualisée » (p. 4). C'est un processus qui ne peut se faire de façon automatique (Tardif, 1999). Dans le même ordre d'idée, Barth (2004 dans Taktek, 2017, p. 527) affirme que

le transfert des connaissances ne se produit pas de façon automatique et qu'il est intimement lié au contexte d'apprentissage. En effet, afin que le

savoir soit généralisable et transférable à des nouvelles situations, il est indispensable qu'il soit initialement construit de façon consciente et que les conditions de son application soient bien comprises de la part de l'apprenant.

Perrenoud (1997) présente le transfert des apprentissages comme étant la capacité d'un sujet à réinvestir, dans diverses situations nouvelles, ses acquis cognitifs préalablement construits. Pour Tardif et Meirieu (1996), le contexte dans lequel les connaissances antérieures ont pris naissance relève d'une grande importance, car « toute connaissance porte inévitablement la *marque de son contexte initial d'acquisition* » (p. 4).

De même, inspirée de la définition de Tardif et Meirieu (1996), Presseau (2000) définit le transfert comme « le processus par lequel des connaissances construites dans un contexte particulier sont reprises dans un autre contexte, que ce soit pour construire de nouvelles connaissances, pour développer de nouvelles compétences ou pour accomplir de nouvelles tâches » (p. 517). Dans cette définition, Presseau (2000) met en exergue le fait que le transfert sert également à préparer les étudiantes et étudiants à réaliser de nouveaux apprentissages (*Ibid.*). Dans le cadre de l'essai, nous retenons la définition de Presseau (2000), car elle représente bien le processus par lequel les IIDHC doivent s'engager afin de réaliser de nouveaux apprentissages dans le but de démontrer une pratique professionnelle sécuritaire en stage.

En matière de réussite scolaire et de pratiques de soins sécuritaires, nous partageons les propos de Duchesneau, Lachaine et Provost (2012) qui affirment qu'en

soins infirmiers, les difficultés de transfert des apprentissages peuvent avoir un impact négatif sur la capacité de résoudre adéquatement des problèmes, mais aussi sur la réussite, la diplomation, l'obtention du droit de pratique ainsi que sur la qualité des soins. De plus, les étudiantes doivent savoir résoudre des problèmes en situation de soins tout en portant un regard critique sur leur pratique (p. 4).

Par conséquent, pour soutenir le transfert des apprentissages, il est impératif de permettre aux IIDHC d'établir des liens entre les phases de contextualisation, de

décontextualisation et de recontextualisation de l'apprentissage (Brouillette et Presseau, 2004; Tardif et Meirieu, 1996). La contextualisation des apprentissages réfère aux situations d'apprentissage significantes et complexes qui sont proposées aux apprenantes et apprenants (*Ibid.*). Elle « contribue à augmenter les probabilités qu'elle soit également signifiante pour l'apprenant, notamment parce qu'elle vise l'atteinte d'un haut niveau d'authenticité » (Presseau, 2000, p. 519). Ce qui leur permet de créer des liens entre leurs connaissances antérieures et nouvelles dans le but de les réutiliser dans un nouveau contexte (Tardif et Meirieu, 1996) afin de résoudre des problèmes (Presseau, 2000). Toutefois, citant les travaux de Lave (1988; 1997, dans Presseau, 2000, p. 520), Presseau mentionne que l'incapacité de certains transferts à s'opérer serait « attribuable à la difficulté qu'éprouve l'apprenant à se détacher du contexte dans lequel il a fait les apprentissages, ceux-ci étant fortement marqués par leur contexte d'acquisition » (Presseau, 2000, p. 520).

À ce propos, nous pouvons dire que les infirmières et infirmiers, ayant été formés à l'étranger, auront régulièrement recours aux connaissances acquises dans leur pays d'origine afin de pouvoir se construire de nouvelles connaissances. Pour les IIDHC ayant un contexte de pratique fort différent du Québec, cet ancrage rendrait difficile le transfert des apprentissages ainsi que leur décontextualisation (Tardif et Meirieu, 1996) dans le contexte de pratique infirmière québécoise. De même, Brouillette et Presseau (2004) parlent de transfert négatif « lorsque les connaissances antérieures nuisent à un nouvel apprentissage ou interfèrent dans ce dernier » (p. 163). Ainsi, lorsque les apprentissages antérieurs sont réutilisés judicieusement dans un nouveau contexte, il s'agit alors d'un transfert positif (*Ibid.*). Or, comme le soulignent le Conseil interprofessionnel du Québec et l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada (*n. d.*, dans Lachaine, Duchesneau et Poellhuber, 2013, p. 150) « le transfert est une condition essentielle à l'exercice de la profession ». Il constitue un mécanisme cognitif d'adaptation crucial (Tardif, 1999). Les phases de décontextualisation ainsi que de recontextualisation s'avèrent essentielles au transfert des apprentissages (Brouillette et Presseau, 2004; Tardif et Meirieu, 1996).

La décontextualisation des apprentissages vise, d'une part, à amener les apprenantes et apprenants à extraire leurs connaissances initiales acquises de leur contexte d'apprentissages (Presseau, 2000; Tardif et Meirieu, 1996). D'autre part, elle vise à ce que les apprenantes et apprenants voient la mise en relief de leurs connaissances « par rapport au contexte initial d'apprentissage ou à leurs divers contextes d'utilisation » (Presseau, 2000, p. 520) dans le but ultime de rendre les apprentissages significatifs et viables (Tardif et Meirieu, 1996).

Pour ce qui est de la phase de recontextualisation, Tardif et Presseau (1998, dans Brouillette et Presseau, 2004, p. 164) mentionnent qu'elle s'avère une phase cruciale, car c'est au cours de celle-ci que les apprenantes et apprenants sont amenés à anticiper les multiples situations dans lesquelles le réinvestissement de leurs apprentissages doit être appliqué à l'intérieur de nouveaux contextes. À cet égard, Tardif (1999) signale que les « situations de recontextualisation ne sont pas des moments de mise en pratique ou d'exercice, elles constituent fondamentalement des lieux de transfert dans le but d'élargir la portée et la puissance des apprentissages déjà réalisés » (p. 61). Il est à noter que Tardif et Meirieu (1996) considèrent qu'une relation de simultanéité doit être envisagée entre les phases de décontextualisation et de recontextualisation plutôt qu'une relation séquentielle pour favoriser le transfert des apprentissages. Ainsi, l'activité d'immersion clinique simulée vient intégrer ces trois phases au moyen de la résolution de problèmes complexes qu'elle propose.

Enfin, pour Tardif (1999) « le transfert fait essentiellement référence au mécanisme cognitif qui consiste à utiliser dans une tâche cible une connaissance construite ou une compétence développée dans une tâche source » (p. 58). Pour ce faire, les apprenantes et apprenants doivent être en mesure de dégager des similitudes entre les tâches sources⁴ et les tâches cibles pour lesquelles la réutilisation de leurs connaissances est possible (Tardif, 1999). Or, une particularité de l'activité d'immersion

⁴ Ici, la tâche source fait référence au contexte dans lequel les apprentissages initiaux ont été construits (Tardif, 1999). Les tâches cibles pour leur part, font référence au nouveau contexte dans lequel le transfert des apprentissages s'opèrera (*Ibid.*).

clinique simulée comme stratégie pédagogique favorisant l'apprentissage expérientiel est d'amener les apprenantes et apprenants à cibler les similitudes entre le contexte de transfert et le contexte initial de l'apprentissage (Basque, 2004; Tardif ,1999) en vue de résoudre la situation-problème.

Le Tableau 1 présente les sept processus cognitifs impliqués dans la dynamique du transfert des apprentissages, selon Tardif (1999).

Tableau 1
Les sept processus cognitifs impliqués dans la dynamique du transfert des
apprentissages, selon Tardif (1999)

Premier processus	Encodage des apprentissages de la tâche source
Deuxième processus	Représentation de la tâche cible
Troisième processus	Accessibilité aux connaissances et aux compétences en mémoire à long terme
Quatrième processus	Mise en correspondance des éléments de la tâche cible et de la tâche source
Cinquième processus	Adaptation des éléments non correspondants
Sixième processus	Évaluation de la validité de la mise en correspondance
Septième processus	Génération de nouveaux apprentissages

Source. Tardif (1999). *Le transfert des apprentissages*. Montréal : Les Éditions LOGIQUES.

Au cours du premier processus intitulé *l'encodage des apprentissages de la tâche source*, les apprenantes et apprenants « en contexte initial d'apprentissage » (Tardif, 1999, p. 76) doivent anticiper les situations de recontextualisation dans lesquels les apprentissages en voie d'être construits ainsi que les compétences en voie d'être développées pourront servir à résoudre d'autres situations-problèmes (tâches cibles) (*Ibid.*). Le second processus, la *représentation de la tâche cible*, s'avère un processus capital, selon Tardif (1999). Durant ce processus les apprenantes et apprenants attribuent « un sens au problème en déterminant, le plus précisément possible, le but

final ou l'état désiré, les contraintes à respecter ainsi que les données du problème » (*Ibid.*, p. 77). Dans une démarche visant ultimement une résolution de problème, les apprenantes et apprenants déterminent un ensemble d'éléments pertinents à considérer pour résoudre la situation-problème, et ce, en créant un modèle mental provisoire (*Ibid.*). Lors du troisième processus, *l'accessibilité aux connaissances et aux compétences en mémoire à long terme*, les apprenantes et apprenants recourent à leurs apprentissages et leurs compétences antérieures qui ont le potentiel de résoudre la situation-problème. Ce troisième processus s'appuie sur le modèle mental provisoirement élaboré par les apprenantes et apprenants lors du deuxième processus de la dynamique du transfert. En effet, pour Tardif (1999)

il s'agit pour la personne de se donner accès à des connaissances et des compétences en lien direct avec le modèle mental provisoire construit dans le cadre du deuxième processus, de prendre conscience de ces derniers et de créer les conditions pour qu'elles soient réutilisables dans le contexte particulier du problème (p. 78).

La *mise en correspondance des éléments de la tâche cible et de la tâche source* constitue le quatrième processus. Au cours de ce processus, les apprenantes et apprenants mettent l'accent sur les similitudes et les dissimilitudes entre la tâche source et la tâche cible. « Si tout est similaire entre les deux tâches, il ne peut être question de transfert, mais simplement d'application » (Brouillette et Presseau, 2004, p. 164) de connaissances. En outre, si peu de similitudes sont établies entre la tâche source et la tâche cible, le retour au deuxième processus de la dynamique peut s'avérer nécessaire pour réviser le modèle mental qui a été construit, et ce, en vue d'aborder la situation-problème autrement. Signalons à ce propos que dans le cadre du stage clinique, les IIDHC sont amenés à évoluer dans un contexte pour lequel les similitudes peuvent parfois être difficilement établies en raison de la singularité et de la complexité des situations qui se présentent.

Le cinquième processus, *adaptation des éléments non correspondants*, « porte essentiellement sur les dissimilitudes » (Tardif, 1999, p. 81). Les apprenantes et

apprenants évaluent l'importance des dissimilitudes qualitatives entre les tâches sources et cibles, puis concilient les éléments non correspondants en vue d'un transfert des apprentissages en contexte de recontextualisation. Dans l'éventualité où l'adaptation des éléments non correspondants ne pourrait s'opérer, un retour au deuxième ou troisième processus peut s'imposer.

L'avant-dernier processus, *l'évaluation de la validité de la mise en correspondance*, « incite la personne à déterminer, en se fiant à l'évaluation de la validité de la mise en correspondance, les probabilités que le modèle mental qu'elle a construit lui permette de résoudre le problème concerné » (Tardif, 1999, p. 83).

Enfin, pour Tardif (1999), « chaque situation de transfert correspond à un contexte inédit ou inhabituel, la recontextualisation exige des mises en relation jusque-là peu explorées ou, tout simplement, inexplorées par la personne » (Tardif, 1999, p. 85). C'est ainsi qu'à l'aide de la recontextualisation de leurs connaissances et de leurs compétences que les apprenantes et apprenants arrivent à générer de nouveaux apprentissages lors du septième processus intitulé *la génération de nouveaux apprentissages*.

Pour cet essai, nous utiliserons le modèle de Tardif (1999) comme assise pour examiner comment une activité axée sur l'apprentissage expérientiel contribue au transfert des nouveaux apprentissages acquis par les IIDHC inscrit au programme CWA.0B. Dans ce qui suit, nous traitons du rôle des enseignantes et enseignants quant aux transferts des apprentissages des étudiantes et étudiants.

2.1 Rôle des enseignantes et enseignants concernant le transfert des apprentissages

Afin que les apprenantes et apprenants puissent évoluer à travers les sept processus cognitifs impliqués dans la dynamique du transfert, il importe que les enseignantes et enseignants les guident tout au cours du processus dans les stratégies à privilégier pour résoudre la situation-problème (Brouillette et Presseau, 2004; Tardif,

1999), car le « transfert s'apprend, se construit, s'exerce » (Duchesneau, Lachaine et Provost, 2012, p. 26).

Pour qu'il y ait transfert des compétences en milieu clinique, cela nécessite que toutes les infirmières et tous les infirmiers se dotent de stratégies cognitives qui favorisent l'organisation et la structuration de leur pensée (Deschênes, Fournier, St-Julien et Payette, 2015). Plusieurs auteurs (Perrenoud, 1997; Saint-Pierre, 1991; Tardif, 1998; Tardif et Meirieu, 1996) font consensus quant au rôle fondamental que jouent les enseignantes et enseignants pour favoriser le transfert des apprentissages dans une situation donnée par les étudiantes et étudiants. En effet, selon le contexte, il revient aux enseignantes et enseignants de proposer fréquemment et explicitement des stratégies d'apprentissage et des stratégies d'études aux étudiantes et étudiants afin qu'ils puissent résoudre efficacement des problèmes, lorsque la situation se présente (*Ibid.*).

D'autre part, Tardif (1992) affirme qu'il revient aux enseignantes et aux enseignants de susciter et de maintenir la motivation des étudiantes et étudiants afin qu'ils puissent s'engager activement dans leurs apprentissages. Pour ce faire, les enseignantes et enseignants doivent leur donner un but précis, des défis réalistes et proposer des situations d'apprentissage à l'intérieur desquelles les étudiantes et étudiants seront capables d'effectuer des choix et de mettre en œuvre leur créativité. Rappelons que les connaissances antérieures doivent avoir été mises en relation avec les nouvelles informations pour favoriser des apprentissages (Barbeau, Montini et Roy, 1997; Presseau, 2000; Tardif, 1992). Ainsi, les défis qui leur sont posés, à l'intérieur de situations d'apprentissage complexes, contextualisées et signifiantes, ont pour effet d'induire chez les étudiantes et étudiants un conflit cognitif susceptible d'ébranler leurs connaissances antérieures dans le but de les mener vers l'atteinte d'un nouvel équilibre cognitif (Legendre, 2004). Dans le cadre d'une activité d'immersion clinique simulée, la personne agissant en tant que facilitatrice auprès des apprenantes et apprenants joue donc un rôle de « médiateur entre la connaissance, l'agir professionnel et l'élève par l'incitation à la réflexion et à l'exploration de ses connaissances et stratégies » (Bizier, Fontaine et Moisan, 2005, p. 170). Ces stratégies doivent tenir compte des types de

connaissances à acquérir. Les stratégies dont il est question font référence aux stratégies cognitives et métacognitives, elles seront abordées dans la section traitant des stratégies pédagogiques, après la section qui suit. En somme, les enseignantes et enseignants ont pour rôle de procurer aux apprenantes et apprenants

des expériences enrichissantes qui faciliteront non seulement l'apprentissage, mais aussi, et surtout, le transfert des connaissances, des habiletés et des compétences acquises dans des contextes bien spécifiques à des circonstances nouvelles, dans le but d'atteindre des objectifs de formation intégrale des apprenants (Taktek, 2017, p. 506).

3. LES TYPES DE CONNAISSANCES

De multiples écrits, inspirés de la psychologie cognitive, reconnaissent l'existence de trois types de connaissances : les connaissances déclaratives, les connaissances procédurales et les connaissances conditionnelles (Barbeau, Montini et Roy, 1997; Tardif, 1992). Tardif (1995, dans Barbeau, Montini et Roy, 1997, p. 272) mentionne qu'en psychologie cognitive, ces types de connaissances sont extrêmement importants pour l'enseignement et l'apprentissage, puisqu'elles commandent des stratégies d'enseignement fort différentes, car les connaissances déclaratives, procédurales et conditionnelles n'ont guère la même représentation dans la mémoire à long terme des personnes apprenantes (Tardif, 1992).

Les connaissances déclaratives portent sur l'existence des choses, la connaissance des faits des concepts, des règles, etc. Les connaissances procédurales portent sur le comment faire, l'utilisation d'une technique, d'un algorithme, etc. Les connaissances conditionnelles concernent les conditions dans lesquelles on doit utiliser une procédure (Saint-Pierre, 1991, p. 16).

Les connaissances dites conditionnelles « sont celles qui permettent à une personne d'agir adéquatement dans une situation donnée » (Raymond, 2006, p.135). Ces connaissances font appel à la mobilisation judicieuse et au moment opportun des connaissances déclaratives et des connaissances procédurales à l'intérieur d'une

situation complexe. L'acquisition de ces connaissances favorise le transfert des apprentissages (Tardif, 1999).

Comme mentionné précédemment, les activités d'apprentissage expérientiel en situation professionnelle authentique sont considérées comme étant indispensables pour le développement des connaissances et des compétences des étudiantes et étudiants en ce qui a trait aux pratiques sécuritaires en soins infirmiers. L'intégration des connaissances conditionnelles s'avère donc cruciale lorsque les IIDHC devront prendre des décisions au regard des soins à privilégier dans une situation clinique donnée. D'où l'importance que l'enseignante ou l'enseignant planifie des actions pédagogiques qui tiennent compte des connaissances que doivent acquérir les apprenantes et apprenants (*Ibid.*). Duchesneau, Lachaine et Provost (2012) vont dans le même sens en affirmant que les enseignantes et enseignants doivent « déterminer des moyens appropriés pour développer la pensée réflexive qui est à la base du processus de résolution de problèmes » (p. 5). Ces moyens tels le stage clinique et l'activité d'immersion clinique simulée visent à ce que les étudiantes et étudiants réalisent la pertinence du développement d'une réflexion critique, « étape primordiale vers l'autonomie dans la démarche de résolution de problèmes » (*Ibid.*, p. 5).

4. LES STRATÉGIES PÉDAGOGIQUES

Une stratégie pédagogique est un « Plan d'action où la nature et les interrelations des éléments du Sujet, de l'Objet, de l'Agent et du Milieu sont précisées en vue de favoriser les adéquations les plus harmonieuses entre ces quatre composantes d'une situation pédagogique » (Legendre, 2005, p. 1263). En fait, ces adéquations visent un engagement actif des étudiantes et étudiants vers la construction graduelle de nouveaux apprentissages.

Afin que, d'une part, les étudiantes et étudiants puissent être en mesure d'organiser dans leur mémoire à long terme les différents savoirs enseignés, et d'autre part, qu'ils puissent de manière autonome démontrer le transfert de leurs apprentissages dans des contextes complexes et diversifiés en milieu authentique, il importe que les

enseignantes et enseignants privilégient des stratégies d'enseignement et des stratégies d'apprentissages pertinentes et cohérentes avec les types de savoir à enseigner (Gouvernement du Québec, 2002c; Tardif, 1997).

Comme nous l'avons mentionné précédemment, il est important que ces stratégies permettent aux IIDHC d'établir des liens entre les phases de décontextualisation et de recontextualisation de l'apprentissage (Brouillette et Presseau, 2004; Tardif et Meirieu, 1996), phases essentielles au transfert. Les stratégies pédagogiques utilisées auront pour fonction d'orienter et de soutenir les apprentissages que les apprenantes et apprenants auront à réaliser (Legendre, 2001).

4.1 Stratégies d'enseignement axées sur l'apprentissage expérientiel

Legendre (2005) définit la stratégie d'enseignement comme un « Ensemble d'opérations et de ressources pédagogiques, planifié par l'éducateur pour un Sujet autre que lui-même » (p. 1261).

Ainsi, dans le but de soutenir efficacement l'apprentissage des étudiantes et étudiants, il est nécessaire que l'enseignante et l'enseignant proposent des situations d'apprentissage expérientiel à l'intérieur desquelles les étudiantes et étudiants auront la possibilité de résoudre des problèmes complexes qui les aideront à développer leurs habiletés intellectuelles de haut niveau. Ainsi, ils seront « capables d'affronter le plus adéquatement possible différentes situations de la vie courante, au plan individuel et au plan collectif, et de résoudre des problèmes liés à leur contexte professionnel actuel ou futur » (Poirier Proulx, 1997, p. 18). Pour ces motifs, Tardif (1997), affirme que « les enseignantes et les enseignants exercent une grande influence sur les stratégies d'apprentissage et les stratégies d'étude des élèves » (p. 15).

Dans le cadre de l'essai, nous présentons deux stratégies d'enseignement axées sur l'apprentissage expérientiel, soit les stages en milieu clinique ainsi que l'activité d'immersion clinique simulée.

4.1.1 Les stages en milieu clinique

Le Comité d'experts des stages de l'OIIQ considère que les stages cliniques sont indispensables afin que les éventuelles infirmières et les éventuels infirmiers puissent acquérir les compétences essentielles à l'exercice de la profession. Il affirme que

La profession d'infirmière est une profession d'action et de pratique : les infirmières apprennent en agissant et en accomplissant des actes concrets dans des situations réelles de soins. Ce contexte d'apprentissage permet le développement du jugement clinique des infirmières et les rend aptes à prendre des décisions cliniques appropriées aux situations de soins (p. 7).

Le Bureau de l'OIIQ a adopté en 2000 une position quant aux compétences initiales nécessaires pour exercer la profession d'infirmière (OIIQ, 2009a; OIIQ, 2009c). Le référentiel des compétences cliniques de l'infirmière est présenté sous la forme d'une mosaïque constituée de trois composantes : composante fonctionnelle, la composante professionnelle et la composante contextuelle (OIIQ, 2009a, 2009b). Cette mosaïque constitue le cadre de référence à l'examen professionnel de l'OIIQ (Ha et Pepin, 2008; Primeau et Philibert, 2013).

Ainsi, les stages cliniques, qui sont au cœur de la formation en soins infirmiers, visent à favoriser chez les étudiantes et étudiants l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la profession infirmière en vertu de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (OIIQ, 2009a), et ce, par un apprentissage expérientiel. En étant exposés à diverses situations cliniques, les étudiantes et les étudiants sont amenés à développer différentes compétences cliniques, entre autres, les compétences relatives aux composantes professionnelle et contextuelle (OIIQ, 2009a).

Il faut mentionner à cet effet que

Les stages cliniques favorisent les liens entre la théorie enseignée et son application dans la profession. Ils favorisent également l'application des habiletés relationnelles, de communication et des techniques vues en théorie et en laboratoire. En stage, l'élève doit maîtriser les connaissances

déclaratives et procédurales en lien avec le milieu clinique pour pouvoir les transférer en connaissances conditionnelles (Lamond, 2007. p. 19).

Comme le mentionnent Ha et Pepin (2008), dans leur recension des écrits portant sur la contribution des stages dans la formation des infirmières et des infirmiers ainsi que sur les conditions dans lesquelles ceux-ci doivent être réalisés afin de favoriser le développement des compétences, les stages cliniques visent la réalisation de divers apprentissages dans l'action par l'accomplissement de gestes concrets à l'intérieur de situations réelles de soins. De ce fait, « l'expérience de stage devient alors une composante incontournable pour le développement » (p.3) des compétences relatives à la profession infirmière, puisqu'elles s'acquièrent dans l'action à l'intérieur de situations signifiantes, complexes et contextualisées. Ceci rejoint Tardif (1999) qui affirme que « Seul un apprentissage des connaissances contextualisé dans des compétences garantit la transférabilité » (p. 43) des apprentissages. Pour Le Boterf (2003), « A (*sic*) l'image de la pensée qui ne s'exprime pas (*sic*) mais se réalise dans le mot, la compétence ne s'exprime pas par l'action (*sic*) mais se réalise dans l'action » (p. 59).

4.1.2 Les activités d'immersion clinique simulée

La recension des écrits démontre que l'activité d'immersion clinique simulée est une stratégie utilisée dans différents programmes offrant, notamment, des formations aux futures professionnelles et futurs professionnels de la santé (Fournier, Lemelin et De Palma, 2013; Ledoux, 2016; Simoneau et Paquette, 2014; Simoneau, Ledoux et Paquette, 2012). C'est une stratégie d'enseignement centrée sur les apprenantes et apprenants (Fournier, Lemelin et De Palma, 2013; Simoneau, Ledoux et Paquette, 2012).

Selon une traduction libre de Jeffries (2005, dans Simoneau et Paquette, 2014, p. 5) la simulation en contexte de soins infirmiers est défini comme suit :

“La simulation clinique est une activité qui imite la réalité d’un milieu clinique et qui a pour objectif de démontrer des procédures tout en contribuant au développement du jugement clinique et de la pensée critique, grâce à l’utilisation de stratégies pédagogiques comme les jeux de rôles et d’outils interactifs comme les vidéos et les mannequins.”

Pour Lapkin *et al.* (2010, dans Deschênes, Fournier et St-Julien, 2016, p. 15), l’activité de simulation clinique « donne l’occasion de recréer la réalité des situations cliniques en favorisant la contextualisation et le réalisme par l’usage d’un mannequin-simulateur programmable par ordinateur ». Selon le niveau de réalisme et de fidélité de l’activité d’immersion clinique simulée, celle-ci sera qualifiée de basse, moyenne ou de haute fidélité (Benhaberou-Brun, 2017; Fournier, Lemelin et De Palma, 2013; Jeffries, 2005; Ledoux, 2016; Simoneau et Paquette, 2014; Simoneau, Ledoux et Paquette, 2012). Dans le cadre de l’essai, nous nous intéressons à l’activité d’immersion clinique simulée ayant un haut niveau de fidélité, car les participantes et participants auront à interagir avec un mannequin haute fidélité doté de nombreux capteurs électroniques capables de réagir en fonction des paramètres physiologiques du scénario pédagogique préenregistrés dans l’ordinateur (Ledoux, 2016; Simoneau et Paquette, 2014; Simoneau, Ledoux et Paquette, 2012) et en fonction même des interventions des participantes et participants (Fournier, Lemelin et De Palma, 2013; Jeffries, 2005; Ledoux, 2016; Simoneau, Ledoux et Paquette, 2012).

L’activité d’immersion clinique simulée comme stratégie d’enseignement s’inspire d’une pédagogie active (Simoneau et Paquette, 2014) qui est guidée à la fois par l’approche cognitiviste, l’approche constructiviste et l’approche socioconstructiviste (Deschênes, Fournier et St-Julien, 2016), car elle place la personne apprenante dans une posture lui « permettant de trouver des solutions à des problèmes semblables à ceux qu’[elle] aura à vivre dans le cadre de sa profession » (Mercier, Nollet et Pineault, 2016, p. 3). La construction des apprentissages se réalise donc dans l’action par l’intermédiaire des interactions que les apprenantes et apprenants entretiennent avec leurs pairs, la personne facilitatrice ainsi qu’avec l’environnement. Cet environnement de simulation propose des situations d’apprentissages authentiques, signifiantes et

contextualisées, dans lesquelles les étudiantes et étudiants sont amenés, d'une part, à mobiliser leurs connaissances afin de résoudre des problèmes complexes (Deschênes, Fournier et St-Julien, 2016; Jeffries, 2005; Simoneau et Paquette, 2014), et d'autre part, à réfléchir sur les meilleures façons d'aborder la situation-problème lorsqu'elle se présentera (Fournier, Lemelin et De Palma, 2013; Jeffries, 2005; Simoneau, Ledoux et Paquette, 2012).

Il est important de mentionner que l'activité d'immersion clinique simulée offre plusieurs avantages. En s'appuyant sur plusieurs recherches, Simoneau, Ledoux et Paquette (2012) affirment, entre autres, que tout en recréant et en normalisant des situations cliniques pertinentes qui sont généralement peu accessibles pour l'ensemble des étudiantes et étudiants, cette activité en milieu contrôlé « permet la répétition à l'infini des gestes professionnels, la possibilité de se tromper et d'apprendre de ces erreurs, et ce, dans un environnement entièrement sécuritaire pour le patient et pour l'étudiante » (p. 15). En effet, puisque l'activité d'immersion clinique simulée se déroule dans un milieu contrôlé ayant des similitudes avec une situation authentique, elle favorise les divers apprentissages expérientiels en permettant aux étudiantes et étudiants « d'exploiter une diversité de situations d'apprentissage tout en palliant le problème d'exposition aléatoire des expériences lors des stages en milieu réel » (Deschênes, Fournier et St-Julien, 2016, p. 21). Elle favorise, de plus, l'acquisition des trois types de connaissances : déclaratives; procédurales; conditionnelles (Simoneau, Ledoux et Paquette, 2012) par l'intermédiaire de la rétroaction, entre autres (Ledoux, 2016; Simoneau, Ledoux et Paquette, 2012).

Afin que cette activité soit de qualité, Rutherford-Hemming (2012 dans Deschênes, Fournier et St-Julien, 2016, p. 15) a précisé la séquence des trois étapes à respecter en vue de favoriser la consolidation des apprentissages réalisés au cours de l'activité d'immersion clinique simulée :

- Le BREFFAGE est le moment de préparation de l'étudiant. Il vise à activer les connaissances antérieures et à faire émerger des hypothèses préalablement pertinentes à la simulation à réaliser.

- La SIMULATION est l'évènement de soins où l'étudiant est exposé à une situation authentique. Cette dernière peut être captée par vidéo.
- Le DÉBREFFAGE permet de traiter les émotions vécues par les étudiants, mais surtout d'examiner de manière critique ce qui s'est passé pendant la simulation. Cette étape vise à promouvoir la métaréflexion dans une situation prototypique de la vie professionnelle. » (p. 15)

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que cette dernière étape, le débriefage, s'avère une période importante pour soutenir et favoriser de nouveaux apprentissages (Simoneau, Ledoux et Paquette, 2012; Renou, 2012) chez les apprenantes et apprenants, et ce, par l'intermédiaire d'un « processus d'apprentissage réflexif intentionnel où enseignants et étudiants réexaminent ensemble la situation clinique en favorisant le développement du raisonnement clinique et les capacités de jugement de l'apprenant » (Renou, 2012, p. 10).

La recherche-expérimentation de Deschênes, Fournier et St-Julien (2016) a fait ressortir trois constats quant au recours à cette stratégie :

- La méthode pédagogique en contexte de simulation authentique favorise la consolidation des apprentissages et l'autonomie des étudiants;
- La répétition et l'apprentissage collaboratif en contexte de simulation authentique contribuent à améliorer le développement de la pratique professionnelle;
- Le développement du jugement est favorisé par la verbalisation du processus de traitement des données chez les étudiants (p. 18).

En outre, l'activité d'immersion clinique simulée comme stratégie d'enseignement dans la formation en soins infirmiers

optimise la remise en question des connaissances acquises chez les étudiants en les confrontant aux représentations et aux actions cliniques réelles. Elle les engage aussi dans un processus de réflexion sur l'action professionnelle. C'est dans cet esprit que les activités de simulation ou en situation authentique permettent des expériences éducatives significatives, adaptées aux différentes contingences du marché du travail, et qu'elles méritent

d'être mises davantage à profit dans le réseau collégial. » (Deschênes, Fournier et St-Julien, 2016, p. 21)

Ainsi, dans le programme CWA.0B, cette activité pédagogique amènerait les IIDHC, par le biais d'un processus réflexif, à prendre conscience des différences entre les pratiques infirmières du pays d'origine et celles à privilégier en contexte de soins québécois dans le but de les adapter.

Dans le cadre de cet essai, nous retenons l'activité d'immersion clinique simulée pour mener l'étude. La Figure 3 à la page suivante présente le cadre de référence pour l'apprentissage des soins infirmiers par l'activité d'immersion clinique simulée que nous retenons afin d'y étudier son implication dans le transfert de nouveaux apprentissages acquis par les étudiantes et étudiants inscrits dans le programme *Intégration à la profession infirmière du Québec* (CWA.0B) du Cégep Édouard-Montpetit.

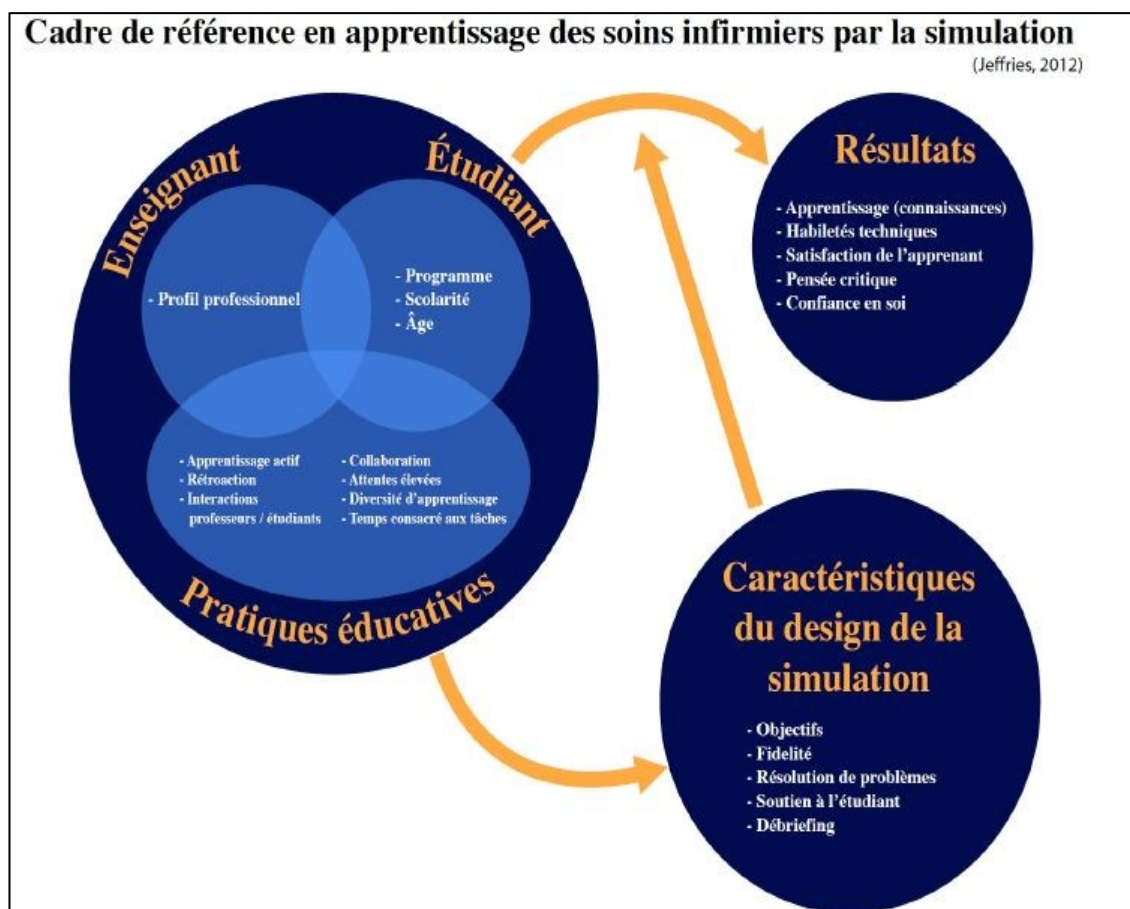


Figure 3. Adaptation en langue française du modèle de Jeffries (2012), par Delmas et St-Pierre (2012). Figure tirée de Fournier, Lemelin et De Palma (2013, p. 11).

Mentionnons en outre que seulement trois composantes sur cinq ont été retenues afin de nous permettre de répondre à la question générale de recherche : -l'enseignant; -l'étudiant; -les caractéristiques du design de la simulation. Ces composantes seront décrites brièvement.

Une activité d'immersion clinique simulée bénéfique est centrée sur les participantes et participants. De plus, elle repose sur un environnement expérientiel authentique, sur une saine collaboration entre les pairs et sur des interactions qui suscitent de la réflexion (Jeffries, Rodgers et Adamson, 2015). L'instauration d'un climat de confiance et sécuritaire est primordiale afin de motiver les participantes et participants à s'engager dans une expérience significative qui assure une sécurité psychologique aux participantes et participants (*Ibid.*).

- **L'enseignante ou l'enseignant (facilitateur) :**

Jeffries (2007; 2011, dans Simoneau, Ledoux et Paquette, 2012, p. 5) présente le rôle de l'enseignante ou de l'enseignant (formateur) agissant à titre de facilitateur comme étant celle ou celui qui par l'intermédiaire d'interactions soutenues (Jeffries, Rodgers et Adamson, 2015) motive, encourage et soutient les apprenantes et apprenants dans la construction de leurs apprentissages. Par ailleurs, lors de la phase du débriefage, le facilitateur « doit guider les participants pour les aider à repérer leurs interventions positives et celles qu'ils auraient pu effectuer autrement afin d'obtenir de meilleurs résultats pour le patient » (Simoneau et Paquette, 2014, p. 15). Le profil sociodémographique du facilitateur (l'âge; le nombre d'années d'expérience dans le domaine de l'enseignement; le niveau d'expertise concernant la formation assistée par la simulation haute fidélité) est considéré comme étant important afin que le facilitateur puisse aisément utiliser de façon judicieuse cette stratégie (Jeffries, Rodgers et Adamson, 2015; Simoneau et Paquette, 2014 Simoneau, Ledoux et Paquette, 2012). En somme, il s'avère crucial que la personne qui agit en tant que facilitateur « soit bien formé[e] au rôle d'accompagnement et de soutien de la relève infirmière dans le cadre d'exercices de simulation, mais plus particulièrement au débriefage afin de bien guider l'étudiante dans un contexte de penséeà (*sic*) réflexive » (Benhaberou-Brun, 2017, p. 28).

- **L'étudiante ou l'étudiant :**

Centrée sur les participantes et participants, l'activité d'immersion clinique simulée vise à ce qu'ils s'engagent activement dans le développement de leurs connaissances en vue de résoudre des situations-problèmes complexes liées à leur rôle professionnel en stage (Simoneau, Ledoux et Paquette, 2012; Simoneau et Paquette, 2014). Les caractéristiques telles que l'âge, le nombre d'années de scolarité ainsi que leur formation antérieure peuvent impacter l'expérience d'apprentissage (Jeffries, Rodgers et Adamson, 2015), car tout en valorisant le travail collaboratif, les

apprentissages par l'intermédiaire de l'activité d'immersion clinique simulée se réalisent dans l'action (Simoneau et Paquette, 2014).

- Les caractéristiques du design de la simulation :

Les caractéristiques du design de la simulation font référence aux principes directeurs guidant la scénarisation, l'exécution et l'évaluation des scénarios cliniques élaborées dans le but d'atteindre les résultats pédagogiques souhaités (Simoneau, Ledoux et Paquette, 2012). L'*International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning* (INACSL) a pour mission de développer et de diffuser les normes de pratique exemplaire en simulation qui sont fondées sur des données probantes de recherches (INACSL Standards Committee, 2016a; Sittner *et al.*, 2015). Pour l'INACSL Standards Committee (2016b) ces normes réfèrent à la démarche à emprunter afin, d'une part, que l'expérience de la simulation puisse atteindre les objectifs ciblés, et d'autre part, que les résultats escomptés se concrétisent. Pour respecter ces normes, onze critères doivent nécessairement être présents dans la démarche entourant l'expérience clinique de la simulation (*Ibid.*) haute fidélité. Puisque ces critères ne font pas l'objet de cette recherche, ils ne seront pas présentés ni explicités.

En somme, afin que les connaissances puissent être utiles en milieu clinique, il importe que le facilitateur guide les étudiantes et étudiants dans le choix des stratégies cognitives et métacognitives à utiliser pour favoriser des apprentissages viables et transférables. Comme le mentionne Renou (2012) dans sa recherche portant sur le débriefage en simulation médicale

La prise de décision clinique comprend des éléments métacognitifs. Le développement de la métacognition des apprenants semble être au centre du débriefing. Cela passe en partie par la prise de conscience des exigences, de la valeur d'une tâche, des connaissances, des stratégies cognitives pour la réaliser, des étapes à franchir et, pendant l'exécution de la tâche de l'efficacité de sa démarche (p. 10).

À ce propos, pour qu'il y ait développement de ces stratégies, le support explicite des enseignantes et enseignants s'avère nécessaire. En effet, « sans une articulation et une réflexion adéquate, de même que sans le support de l'enseignant » (Frenay et Bédard, 2004, p. 253) ces stratégies seront à tout le moins difficilement accessibles par les étudiantes et étudiants.

Les stratégies cognitives ainsi que les stratégies métacognitives impliquées dans le transfert des apprentissages seront abordées dans le prochain segment.

4.2 Stratégies d'apprentissage

Plusieurs études se sont intéressées au concept de stratégies d'apprentissage (Bégin, 2008; Presseau et Martineau, 2010). Saint-Pierre (1991) conçoit les stratégies d'apprentissage comme l'activation d'une série d'activités intellectuelles qui, lorsque mobilisées de manière efficiente et au moment opportun, permettent aux étudiantes et étudiants d'acquérir de nouvelles connaissances.

Legendre (2005) définit la stratégie d'apprentissage comme un « Ensemble d'opérations et de ressources pédagogiques, planifié par le Sujet dans le but de favoriser au mieux l'atteinte d'objectifs dans une situation pédagogique » (p. 1261).

Selon Presseau et Martineau (2010)

Les stratégies d'apprentissage sont des moyens planifiés et organisés que déploie l'élève pour apprendre. Même s'il existe une grande diversité de stratégies, deux types apparaissent incontournables lorsqu'il est question d'apprentissage : les stratégies cognitives et les stratégies métacognitives (p. 65).

Par ailleurs, dans sa recherche portant sur la taxonomie des stratégies d'apprentissage cognitives et métacognitives, Bégin (2008) présente un cadre de référence simplifié des stratégies cognitives et métacognitives ainsi que les actions, techniques ou procédures, effectuées par les apprenantes ou les apprenants, qui s'y

rattachent. Bégin (2008) définit, pour sa part, les stratégies d'apprentissage en situation scolaire comme suit :

Une stratégie d'apprentissage en contexte scolaire est une catégorie d'actions métacognitives ou cognitives utilisées dans une situation d'apprentissage, orientées dans un but de réalisation d'une tâche ou d'une activité scolaire et servant à effectuer des opérations sur les connaissances en fonction d'objectifs précis (p. 53).

Ainsi, les stratégies cognitives et métacognitives retenues dans le cadre de l'essai sont issues des travaux de Bégin (2008). À noter que l'essai ne vise pas à expliciter la manière dont ces stratégies peuvent être acquises. C'est dans cette optique que la chercheuse a volontairement cibler les stratégies cognitives et métacognitives ainsi que certaines de leurs sous-catégories, proposées dans le cadre de référence simplifié de Bégin (2008), pour lui permettre d'observer celles utilisées par les participantes et participants dans le cadre de l'activité d'immersion clinique simulée.

Le Tableau 2 à la page suivante présente le modèle théorique retenu en ce qui a trait aux stratégies d'apprentissage cognitives et métacognitives ainsi que certaines de leurs sous-catégories.

Tableau 2
Modèle théorique retenu : Stratégies d'apprentissage cognitives et métacognitives, selon Bégin (2008)

Stratégies	Sous-catégories
➤ Stratégies cognitives de traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Sélectionner; • Comparer; • Élaborer; • Organiser.
➤ Stratégies cognitives d'exécution	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer; • Vérifier; • Produire; • Traduire.
➤ Stratégies métacognitives	<ul style="list-style-type: none"> • Anticiper; • S'autoréguler.

Nous présenterons succinctement chacune des stratégies d'apprentissage dans ce qui suit, les sous-catégories retenues seront définies dans le dernier chapitre.

4.2.1 *Les stratégies cognitives*

Les stratégies cognitives sont définies, par Saint-Pierre (1991) comme étant

des techniques que l'individu utilise pour favoriser l'exécution des processus d'apprentissage et ainsi assurer l'acquisition des connaissances ou le développement d'une habileté. Elles visent à faciliter l'encodage de l'information, à construire des liens entre les nouvelles connaissances et les anciennes ou entre les nouvelles connaissances elles-mêmes (p. 16).

Afin que cette définition ne soit pas réductrice, Bégin (2008) insiste sur l'importance de tenir « compte des situations de performance, de production de connaissances ou d'exécution de tâches » (*Ibid.*, p. 57) relativement aux réalités scolaires ainsi qu'au fonctionnement cognitif. « Les situations dans lesquelles les apprenants doivent faire état de leurs connaissances et apporter la preuve qu'ils ont

appris nécessitent des procédures ou des actions particulières, spécifiques » (*Ibid.*, p. 57).

Deux catégories distinctes relatives aux stratégies cognitives sont traitées dans la littérature (Bégin, 2008) : les stratégies cognitives de traitement de l'information et les stratégies cognitives d'exécution. À noter que chacune des stratégies cognitives permet l'acquisition des connaissances de différents types de connaissances : déclaratives, procédurales et conditionnelles (*Ibid.*).

- **Stratégies cognitives de traitement :**

S'appuyant sur ses recherches, Bégin (2008) mentionne que les stratégies cognitives de traitement (sélectionner; répéter; décomposer; comparer; élaborer; organiser) sont nécessaires pour la réalisation de certaines tâches qui impliquent le recours à l'analyse d'une situation ou la résolution de situation-problème.

- **Stratégies cognitives d'exécution :**

Pour Bégin (2008), les stratégies cognitives d'exécution (évaluer; vérifier; produire; traduire) « représentent une catégorisation des différentes actions ou procédures habituellement associées aux situations de performance, de production et d'exécution » (p. 59).

4.2.2 *Les stratégies métacognitives*

Les stratégies métacognitives (anticiper; s'autoréguler) aideraient les apprenantes et apprenants à améliorer leur capacité à faire face à des situations rencontrées dans le cadre scolaire (Bégin, 2008). Les stratégies métacognitives font référence à « la connaissance de soi comme apprenant ou la conscience du fonctionnement de sa pensée et le fait d'utiliser cette conscience pour contrôler ses propres processus mentaux » (Saint-Pierre, 1991, p. 17). Cette définition renvoie à deux aspects complémentaires importants de la métacognition. « Il s'agit des connaissances au sujet des phénomènes cognitifs et au sujet de soi comme personne apprenante, ainsi

que de la façon d'utiliser ces connaissances pour effectuer un contrôle de ses processus mentaux » (Saint-Pierre et Lafortune, 1995, p. 16).

En guise de conclusion, mentionnons que l'état des connaissances actuelles nous permet de supposer qu'une plus grande exposition à des situations d'apprentissage expérientiel riches et variées se rapprochant à la réalité professionnelle favoriserait le transfert des apprentissages des étudiantes et étudiants inscrits au programme CWA.0B dans divers contextes ainsi que la réussite scolaire (Primeau et Philibert, 2013). Or, avec des milieux de stage clinique peu disponibles, il est de plus en plus difficile d'aller dans ce sens. Comme mentionné précédemment, l'activité d'immersion clinique simulée constitue un contexte d'apprentissage expérientiel contrôlé. Elle offre un éventail de situations cliniques (Fournier, Lemelin et De Palma, 2013; Simoneau, Ledoux et Paquette, 2012, Simoneau et Paquette, 2014) qui, d'une part, permettrait aux étudiantes et étudiants de réaliser des apprentissages, et ce, sans compromettre la sécurité des patients (Deschênes, Fournier et St-Julien, 2016; Simoneau, Ledoux et Paquette, 2012; Simoneau et Paquette, 2014) et leur famille, et d'autre part, elle « contribueraient à diminuer le stress et améliorerait la confiance de la clientèle étudiante lors des stages en milieux de soins » (Fournier, Lemelin et De Palma, 2013, p. 8).

Par ailleurs, pour optimiser le transfert des apprentissages en milieu clinique, la recension des écrits insiste sur la nécessité que les étudiantes et étudiants se dotent de stratégies cognitives et métacognitives pour effectuer des interventions pertinentes et sécuritaires dans une situation donnée.

Le Tableau 3 à la page suivante présente le cadre de référence théorique sur lequel nous nous appuyons pour mener l'étude. Il s'agit d'un modèle intégré d'une adaptation des étapes de l'activité clinique simulée avec les sept processus cognitifs impliqués dans la dynamique du transfert des apprentissages, selon Tardif (1999) ainsi que certaines stratégies d'apprentissage issues de la taxonomie de Bégin (2008).

Tableau 3

Modèle intégré : Adaptation des étapes de l'activité clinique simulée avec les sept processus cognitifs impliqués dans la dynamique du transfert des apprentissages, selon Tardif (1999) ainsi que certaines stratégies d'apprentissage issues de la taxonomie de Bégin (2008)

Étapes liées à l'activité d'immersion clinique simulée Jeffries (2012)	Processus cognitifs impliqués dans le transfert des apprentissages, selon Tardif (1999)	Stratégies d'apprentissage, selon Bégin (2008)
Breffage	1- Encodage des apprentissages de la tâche source	Stratégies cognitives de traitement : <ul style="list-style-type: none"> • Sélectionner • Élaborer • Comparer • Organiser
	2- Représentation de la tâche cible	
	3- Accessibilité aux connaissances et aux compétences en mémoire à long terme	Stratégie métacognitive : <ul style="list-style-type: none"> • Anticiper
Simulation	4- Mise en correspondance des éléments de la tâche cible et de la tâche source	Stratégie cognitive de traitement : <ul style="list-style-type: none"> • Comparer
	5- Adaptation des éléments non correspondants	Stratégie cognitive d'exécution : <ul style="list-style-type: none"> • Produire
Débriefage	6- Évaluation de la validité de la mise en correspondance	Stratégies cognitives d'exécution : <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer • Vérifier
	7- Génération de nouveaux apprentissages	Stratégies cognitives de traitement : <ul style="list-style-type: none"> • Comparer • Organiser Stratégies cognitives d'exécution : <ul style="list-style-type: none"> • Produire • Traduire Stratégie métacognitive : <ul style="list-style-type: none"> • S'autoréguler

Nous pensons que les résultats que nous obtiendrons au cours du processus de recherche contribueront d'une part, à dégager des constats quant aux stratégies de transfert d'apprentissage utilisées par la population étudiante inscrite dans le programme CWA.0B, et d'autre part, à dégager des pistes d'interventions pédagogiques afin de favoriser le transfert de nouveaux apprentissages acquis dans le programme lors des activités d'immersion clinique simulée. D'où l'intérêt de nous attarder à la façon dont l'activité d'immersion clinique simulée comme stratégie pédagogique contribue au transfert de nouveaux apprentissages des IIDHC inscrits dans le programme CWA.0B au Cégep Édouard-Montpetit.

5. LES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DE L'ESSAI

À la lumière de ce qui précède, nous présentons trois objectifs spécifiques que nous avons ciblés dans le but de répondre à la question générale de l'essai :

- 1- Observer, lors de l'activité d'immersion clinique simulée, des actions visibles démontrant l'utilisation de stratégies impliquées dans le transfert des apprentissages par les étudiantes et étudiants;
- 2- Recueillir, lors de l'activité d'immersion clinique simulée, des indicateurs verbaux démontrant l'utilisation de stratégies impliquées dans le transfert des apprentissages par les étudiantes et étudiants;
- 3- Explorer les perceptions des étudiantes et étudiants sur leur expérience concernant la journée de l'activité d'immersion clinique simulée et sur les stratégies cognitives et métacognitives utilisées.

TROISIÈME CHAPITRE

LA MÉTHODOLOGIE

Dans ce présent chapitre, nous traiterons des choix méthodologiques réfléchis que nous avons privilégiés dans le but de répondre à la question générale de recherche ainsi qu'aux objectifs spécifiques de la recherche. Selon Savoie-Zajc et Karsenti (2011), les choix effectués constituent les stratégies opérationnelles mises de l'avant pour assurer la rigueur scientifique de la démarche d'une recherche. Il est divisé en cinq sections. La première section aborde l'approche méthodologique, qui inclut des sous-sections traitant de la posture épistémologique, du type de recherche, du choix des participantes et des participants et du déroulement de la recherche. La deuxième section traite des méthodes et des instruments de collecte de données. La démarche de l'analyse est traitée dans la troisième section de ce chapitre. La quatrième section porte sur les moyens pour assurer la rigueur et la scientificité de l'essai. Enfin, la dernière section est consacrée aux considérations éthiques qui ont guidé l'essai.

1. L'APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

L'essai vise à répondre à la question générale suivante : Comment une activité d'immersion clinique simulée contribue-t-elle au transfert de nouveaux apprentissages acquis par les étudiantes et étudiants inscrits dans le programme *Intégration à la profession infirmière du Québec* (CWA.0B) du Cégep Édouard-Montpetit? Afin de maintenir une cohérence dans la démarche, l'épistémologie dominante de la recherche emprunte une approche qualitative avec une posture interprétative, car certaines informations recueillies au cours de la recherche visent à « comprendre la signification que les personnes accordent [...] à leurs expériences » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 28). De plus, cet essai adopte également une posture descriptive, car il tente de décrire un phénomène peu documenté à ce jour relativement au transfert des nouveaux apprentissages acquis dans le programme CWA.0B par des IIDHC.

1.1 La posture épistémologique

Puisque les recherches de nature qualitative sont liées au paradigme interprétatif (Fortin et Gagnon, 2016), la posture épistémologique de la recherche est donc inscrite dans ce paradigme. Comme le mentionne Savoie-Zajc (2011), dans le cadre d'une recherche qualitative/interprétative, la chercheuse ou le chercheur tente de comprendre la signification qu'accordent les participantes et les participants à leur expérience. C'est l'exercice que nous avons fait dans le cadre de l'essai en recueillant, entre autres, les perceptions des participantes et des participants concernant la journée d'activité d'immersion clinique simulée qui s'est déroulée au Cégep Gérard-Godin. Ainsi, l'essai est cohérent avec la posture épistémologique qualitative/interprétative, car elle s'est appuyée sur le principe que la réalité sociale n'est pas immuable, et qu'elle est composée à partir des perceptions des personnes qui forment la société (Fortin et Gagnon, 2016). Les données que nous avons recueillies dans le cadre de l'essai ont été interprétées en tenant compte du contexte dans lequel il s'est opéré (Fortin et Gagnon, 2016; Savoie-Zajc et Karsenti, 2011), car la « connaissance est vue à travers la subjectivité » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 29) des participantes et des participants de la recherche.

1.2 Le type de recherche

Selon Loiselle et Harvey (2007), une démarche, bien qu'elle soit locale, amène à la production de nouvelles connaissances dans un domaine qui peut être considéré comme étant une recherche développement. Par ailleurs, Loiselle (2001) affirme que ce type de recherche « comporte une part d'innovation puisqu'on veut tirer de l'expérience des connaissances nouvelles » (p. 89).

La recherche développement, notamment la recherche-expérimentation (Paillé, 2007) avec une approche descriptive qualitative fut privilégiée afin de répondre à la question générale de recherche qui constitue le fil conducteur de l'essai. La recherche-expérimentation consiste, entre autres, en une mise à l'essai de manière systémique et

réflexive d'une stratégie que la chercheuse ou le chercheur désire étudier dans le cadre d'une expérimentation scientifique (Paillé, 2007). « La démarche n'en est donc pas uniquement une d'expérimentation mais aussi de recherche, puisque l'un des objectifs majeurs demeure celui d'étudier, de comprendre, puis de communiquer les conditions mêmes de l'expérimentation » (*Ibid.*, p. 139).

Ce qui distingue ce type de recherche d'une expérimentation dite ordinaire est le fait que la chercheuse a expérimenté une méthode tout en étant axée sur la manière dont se déroule l'expérimentation (*Ibid.*).

D'autre part, cette recherche vise à répondre aux objectifs spécifiques suivants :

- 1- Observer, lors de l'activité d'immersion clinique simulée, des actions visibles démontrant l'utilisation de stratégies impliquées dans le transfert des apprentissages par les étudiantes et étudiants;
- 2- Recueillir, lors de l'activité d'immersion clinique simulée, des indicateurs verbaux démontrant l'utilisation de stratégies impliquées dans le transfert des apprentissages par les étudiantes et étudiants;
- 3- Explorer les perceptions des étudiantes et étudiants sur leur expérience concernant la journée de l'activité d'immersion clinique simulée et sur les stratégies cognitives et métacognitives utilisées.

Harvey et Loisel (2009) font mention que la chercheuse ou le chercheur pourra s'inspirer de différentes sources de modèle de développement afin de planifier les étapes du projet de recherche. Toutefois, toujours selon ces auteurs, il est impératif de bien circonscrire les limites de chacun de ces modèles. Puisque cette recherche vise à observer la façon dont le transfert des nouveaux apprentissages s'opère par des étudiantes et des étudiants, inscrits dans le programme CWA.0B au Cégep Édouard-Montpetit, lors d'une activité d'immersion clinique simulée, le devis méthodologique relatif à la recherche-expérimentation de Paillé (2007) fut retenu afin de bien mener la

démarche scientifique de recherche, et afin qu'il soit cohérent avec la posture épistémologique dominante de la recherche.

Inspiré de l'un des devis méthodologiques de recherche que propose Paillé (2007), le Tableau 4 présente les huit étapes d'opérationnalisation de la recherche-expérimentation privilégiée dans le cadre de cet essai.

Tableau 4
Devis méthodologique recherche-expérimentation

Étapes de la recherche-expérimentation tirées de Paillé (2007, p. 139)
1. Choix des méthodes de collectes des données de l'aspect recherche
2. Préparation des outils conceptuels et techniques
3. Mise en place des conditions de l'expérimentation
4. Expérimentation et collecte des données de la recherche
5. Répétition de 3 et 4 si prévu
6. Analyse des données de la recherche-expérimentation
7. Mise en forme de la description des résultats
8. Critique de l'expérimentation et recommandations

Source. Paillé, P. (2007). La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante : douze devis méthodologiques exemplaires. *Recherches qualitatives*, 27(2), 133-151.

La première étape du devis méthodologique recherche-expérimentation de Paillé (2007) consiste à choisir les méthodes et les outils pertinents qui serviront à effectuer la collecte de données pour des fins d'analyse dans le cadre la recherche. Au cours de cette étape, la chercheuse et le chercheur procèdent aux choix méticuleux des méthodes et des outils de collectes de données qui conviennent à la posture épistémologique de la recherche ainsi qu'aux visées de cette dernière. La deuxième étape fait référence à l'expression opérationnelle de la recherche. Elle consiste à rendre observables et mesurables les concepts à l'étude à l'aide d'outils et de techniques qui auront été

développés et validés au cours de cette étape. Vient ensuite la troisième étape qui consiste à mettre tout en œuvre afin d'assurer le bon déroulement de l'expérimentation. La quatrième étape consiste à la mise à l'essai de l'objet d'étude tout en étant attentif aux résultats qui pourraient émerger au cours du processus de l'expérimentation. Le caractère itératif de ce processus s'opère à la cinquième étape. Elle mènera, au besoin, à un va-et-vient entre la troisième étape et la quatrième étape afin de procéder à certains ajustements jugés nécessaires dans le but d'assurer la fidélité et la validité des données recueillies. La sixième étape est celle de l'analyse des données recueillies au cours de l'expérimentation. Selon Paillé (2007), c'est au cours de cette étape « qu'il importe de se prononcer sur la recherche en tant que telle : en quoi les conditions mises en place pour l'expérimentation ont-elles été propices et que peut-on en conclure pour des recherches éventuelles du même type? » (p. 140). La septième étape consiste à dégager dans un tout cohérent le sens des résultats obtenus à l'issue de l'analyse de toutes les données recueillies. Enfin, la huitième et dernière étape de ce devis méthodologique consiste, d'une part, à présenter de manière critique les limites et les retombées possibles de la recherche-expérimentation, et d'autre part, à formuler des pistes de recommandations pour la poursuite d'exploration d'autres avenues inexplorées dans le cadre de la recherche.

Nous présentons une version adaptée de ce devis méthodologique à l'intérieur de la section intitulée déroulement.

1.3 Les participantes et les participants

Dans le cadre de la recherche, la population à l'étude fait référence aux étudiantes et aux étudiants inscrits dans le programme *Intégration à la profession infirmière du Québec* (CWA.0B) au Cégep Édouard-Montpetit.

Après avoir reçu l'approbation éthique de la directrice d'essai ainsi que du Service de la recherche du Cégep Édouard-Montpetit, une première rencontre s'est tenue le 15 mai 2018, lors d'une journée d'accueil d'une cohorte de 42 étudiantes et étudiants inscrits pour la session d'hiver 2018 au cours *180-F94-VM Intervention*

infirmière en médecine et chirurgie II du programme CWA.0B afin de leur présenter une invitation pour participer à la recherche. Lors de cette rencontre, des explications relatives aux objectifs poursuivis de la recherche, au déroulement de la journée d'activité d'immersion clinique simulée, de la durée de l'entrevue de groupe semi-dirigée ainsi que des informations à l'égard des principes d'éthique qui seront respectés tout au cours de la recherche furent portées à leur attention. Ces principes sont présentés dans la section des considérations éthiques. Au terme de cette rencontre, 13 personnes souhaitaient participer à la recherche. Des exemplaires du formulaire de consentement écrit (annexe F) pour participer volontairement à la recherche furent laissés aux étudiantes et aux étudiants afin de leur donner du temps pour lire et analyser le consentement avant la deuxième rencontre qui était prévue une semaine plus tard.

Puisqu'au Cégep Édouard-Montpetit les groupes de stage sont formés par la chargée de projet du programme CWA.0B et que les groupes de stage n'avaient pas encore été formés avant la tenue de la deuxième rencontre prévue au calendrier, des modifications aux critères d'inclusion initiaux furent apportées. Afin de répondre aux objectifs de la recherche, la prise en compte du principe de justice nous a servi de guide pour l'élaboration des critères d'inclusion qui ont servi à sélectionner les participantes et les participants. Ce principe réfère à l'obligation de la chercheuse de protéger les participantes et les participants de la recherche contre les abus, l'exploitation ainsi que la discrimination (Fortin et Gagnon, 2016). Comme le mentionne Hobeila (2011), tous les critères « d'inclusion et d'exclusion par rapport à la recherche doivent donc être pensés en fonction de ce principe de justice et de leur à-propos méthodologique » (p. 55).

Les étudiantes et les étudiants ont été sélectionnés à partir des critères d'inclusion décrits ci-dessous :

- 1- Être étudiante ou étudiant inscrit à la session d'hiver 2018 au cours *180-F94-VM Intervention infirmière en médecine et chirurgie II* du programme

Intégration à la profession infirmière du Québec (CWA.0B) au Cégep Édouard-Montpetit au moment de la recherche;

- 2- Être une étudiante ou un étudiant faisant partie du même groupe théorique;
- 3- Les participantes et les participants devaient être disponibles au mois de mai-juin 2018 afin de faciliter la collecte des données par la chercheuse lors de l'activité d'immersion clinique simulée.

Le cours *180-F94-VM Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en médecine chirurgie II* est le dernier des quatre cours faisant partie du tronc commun du programme CWA.0B. Puisque les étudiantes et étudiants inscrits à ce cours ont eu à expérimenter 11 jours de stage en milieu clinique dans le cadre du cours *180-F93-VM Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en médecine chirurgie I*, nous avons choisi cette population étudiante pour mener l'étude.

Dans le but d'assurer une équité dans le choix des participantes et participants, le 16 mai 2018, madame Céline Champagne, chargée de projet au Collège Édouard-Montpetit, a procédé à un tirage au sort parmi les 13 personnes volontaires intéressées afin de déterminer les six participantes et participants qui ont été sélectionnés dans le cadre de cette recherche. Nous pensons que cette méthode fut la plus équitable. Notre choix à l'égard du nombre de participantes et participants retenus ($n = 6$) résulte des contraintes logistiques⁵ qui se devaient d'être respectées pour mener l'expérimentation. En effet, « Basée sur des stratégies d'apprentissages répétitifs et collaboratifs, cette méthode exige de répartir six étudiants en dyades » (Deschênes, Fournier et St-Julien, 2016, p.16). De plus, nous ne disposions que d'une seule journée d'activité d'immersion clinique simulée pour laquelle deux scénarios pédagogiques étaient proposés aux participantes et participants.

⁵ Contraintes logistiques : Nous ne disposions que d'une seule journée pour effectuer l'expérimentation avec un seul groupe de stage. Par ailleurs, nous devions tenir compte, entre autres, de la disponibilité du laboratoire de simulation au Cégep Gérald-Godin, de la disponibilité de la personne facilitatrice et de la disponibilité de l'infirmier en travaux pratiques.

Une deuxième rencontre de groupe s'est tenue le 23 mai 2018 avec quatre participantes retenues qui ont démontré de l'intérêt pour participer à la recherche, et le 24 mai pour les deux participants qui ne pouvaient être présents la journée précédente. Cette deuxième rencontre avait pour but de clarifier certaines interrogations que pouvaient avoir les futures participantes et les futurs participants. De plus, elle permettait de valider que cette population répondait aux critères d'inclusion. Par ailleurs, le formulaire de consentement a été signé par les participantes et les participants retenus.

Puisque nous avons mené cette recherche en prenant en considération les caractéristiques connues de la population cible, et non les caractéristiques de la population étudiante tout entière, la méthode d'échantillonnage qui a convenu le mieux pour l'atteinte des objectifs de l'essai s'est avérée la méthode non probabiliste (Beaud, 2016; Fortin et Gagnon, 2016; Savoie-Zajc, 2011).

À l'issue du recrutement des participantes et participants inscrits dans le programme CWA.0B, nous avons obtenu un échantillonnage intentionnel (Fortin et Gagnon, 2016; Savoie-Zajc, 2011), appelé également un échantillonnage par choix raisonné (Beaud, 2016; Fortin et Gagnon, 2016; Savoie-Zajc et Karsenti, 2011), car les éléments de la population cible furent choisis « sur la base de critères précis, afin que les éléments soient représentatifs du phénomène à l'étude » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 271). Ainsi, quatre étudiantes et deux étudiants inscrits au cours *180-F94-VM Intervention infirmière en médecine-chirurgie II* ont ainsi été recrutés.

1.4 Le déroulement de la recherche

Étant donné que le Cégep Édouard-Montpetit ne possédait pas de laboratoires destinés à l'activité d'immersion clinique simulée au moment du processus de recherche nous avons au mois de février 2018, à la suite des recommandations de madame Viviane Fournier, entrepris des démarches auprès du Directeur des études du Cégep Gérard-Godin, monsieur Richard Harnois, et auprès de la coordonnatrice du Département Soins infirmiers, madame Christine Santerre afin d'utiliser gracieusement

les installations de ce cégep dans le but de tenir l'expérimentation. Ayant reçu une réponse favorable, des démarches furent entamées dans le but de trouver la personne qui agirait en tant que facilitatrice en simulation afin d'orienter les étudiantes et étudiants dans le laboratoire de simulation, d'animer les séances du breffage pré simulation; d'assumer la voix de patient dans la salle de contrôle lors de la simulation et d'animer les séances du débriefage post simulation. Madame Élane Meloche, enseignante au département de Soins infirmiers et formée au deuxième cycle universitaire pour ce genre d'activité, a accepté volontairement d'assumer ce rôle. Par ailleurs, les services de monsieur Pascal Soucy, infirmier technicien en travaux pratiques, également du même cégep, furent gracieusement retenus pour l'opérationnalisation des scénarios pédagogiques et la modulation des paramètres physiologiques du mannequin haute fidélité en fonction des interventions des participantes et des participants et des paramètres indiqués dans les scénarios pédagogiques.

Une demande d'autorisation pour utiliser des scénarios pédagogiques déjà validés a été faite auprès de conceptrices de scénarios destinés aux activités d'immersion clinique simulée : mesdames Brigitte Dionne et Cynthia Boilard⁶, toutes deux enseignantes au département des Soins infirmiers au Collège Montmorency ainsi qu'auprès de madame Viviane Fournier⁷, directrice du présent essai et enseignante au département des Soins infirmiers au Cégep Gérald-Godin. Un résumé des scénarios pédagogiques ainsi que les objectifs d'apprentissage s'y rattachant sont respectivement présentés au chapitre quatre.

Rappelons que l'activité d'immersion clinique simulée, qui comprend trois étapes, est une stratégie d'enseignement axée sur l'apprentissage expérientiel « qui a pour objectif de recréer la réalité d'une situation clinique en remplaçant un patient ou un client simulé par un simulateur (mannequin haute fidélité) » (Simoneau, Ledoux et Paquette, 2012, p. 45). Comme mentionné précédemment, la première étape est le

⁶ Titre du premier scénario pédagogique utilisé : Évaluation initiale de l'opéré.

⁷ Titre du deuxième scénario pédagogique utilisé : Vomissements postopératoires, chirurgie abdominale (iléostomie temporaire).

breffage. Elle vise à préparer les participantes et participants à intervenir efficacement auprès du mannequin haute fidélité, entre autres, par la réactivation de leurs connaissances relatives à la situation-problème. C'est à cette étape que les participantes et participants ont été invités à se regrouper en dyade. La deuxième étape est la simulation. À tour de rôle, les dyades constituées ont eu à réaliser le même scénario en vue de résoudre la situation-problème dans un temps imparti de 15 minutes. Pendant que l'une des dyades s'exécutait, les deux autres dyades pouvaient visionner simultanément dans une salle, qui servait pour l'observation et également pour le débriefage, la dyade qui était en action. La dernière étape, le débriefage, vise à favoriser la métaréflexion concernant l'expérience entourant la simulation. À l'aide de conversations dirigées par la personne facilitatrice, toutes les participantes et tous les participants réunis dans la même salle ont été amenés à examiner de manière critique leurs interventions pendant la simulation. C'est cette séquence des étapes qui fut utilisée, lors de la journée d'expérimentation.

Par ailleurs, avant la tenue de cette journée d'expérimentation, un guide de préparation en vue de l'activité d'immersion clinique simulée (annexe G) leur avait été remis lors de la signature du consentement écrit. Le 26 mai 2018, des lectures (annexe H) suggérées non obligatoires furent envoyées par courriel aux participantes et aux participants afin qu'ils puissent se préparer pour les deux séquences de simulation.

Le 29 mai 2018, l'activité d'immersion clinique simulée se tenait dans les laboratoires du Cégep Gérard-Godin situé dans l'ouest de l'île de Montréal dans l'arrondissement de Sainte-Geneviève. Les participantes et participants étaient invités à se présenter à 7h30 à ce cégep. Vers 8h00, dans le but de familiariser les participantes et participants à l'environnement dans lequel se déroulerait la simulation, une heure d'orientation fut assurée par la personne facilitatrice. Au cours de cette période d'orientation, entre autres, des consignes de départ ont été précisées, le guide de présentation du participant a été présenté, la lecture et la signature du contrat pédagogique de participation aux activités de simulation clinique (annexe I) ainsi que du consentement à la photographie-image (annexe J) du Cégep Gérard-Godin furent

effectuées. De plus, le mannequin haute fidélité, les lieux physiques, l'appareillage qui servait à mesurer les paramètres vitaux, les outils de collecte de données, les feuilles d'administration des médicaments et le dossier du patient ont été présentés aux participantes et aux participants. Cette période d'orientation fut suivie par l'expérimentation du premier scénario pédagogique (*Évaluation initiale de l'opéré*) en avant-midi. Puis, suivie par l'expérimentation du deuxième scénario pédagogique en après-midi (*Vomissements postopératoires*). Celle-ci constitua la première phase de collecte de données auprès des participantes et participants pour laquelle la chercheuse n'assuma aucun rôle actif au cours des diverses étapes. En effet, l'observation non participante privilégiée impliqua que cette dernière n'ait aucunement pris part à la dynamique qui régnait dans le milieu dans lequel se déroula l'observation (Fortin et Gagnon, 2016; Savoie-Zajc, 2011) afin « de recueillir non seulement leurs discours, mais aussi d'observer leurs interactions » (Martineau, 2016, p. 317).

Les étapes des séquences entourant la simulation ont été filmées et enregistrées dans l'environnement *Learning Space* du cégep Gérard-Godin afin de nous permettre de recueillir le plus d'informations dans le but d'enrichir l'analyse de cette étude.

Le Tableau 5 à la page suivante présente le déroulement de la journée d'activité d'immersion clinique simulée qui remplaça en fait une des 18 journées de stage de 9 heures en milieu clinique déjà prévues au calendrier scolaire ainsi que la durée de chacune des étapes.

Tableau 5
Déroulement de la journée du 29 mai 2018

Horaire	Séquence de l'expérimentation
08h00 à 09h00 :	Orientation dans l'environnement de la simulation Durée : 60 minutes
09h00 à 10h00 :	Étape du breffage du premier scénario : <i>Évaluation initiale de l'opéré</i> Durée : 60 minutes
10h00 à 10h45 :	Séance de simulation du premier scénario Durée : 15 minutes/dyade
10h45 à 11h00	Pause Durée : 15 minutes
11h00 à 12h00:	Étape du débriefage du premier scénario Durée : 60 minutes
12h00 à 13h00 :	Pause pour le repas du midi Durée : 60 minutes
13h00 à 14h00 :	Étape du breffage du deuxième scénario : <i>Vomissements postopératoires</i> Durée : 60 minutes
14h00 à 14h45 :	Séance de simulation du deuxième scénario Durée : 15 minutes/dyade
14h45 à 15h00	Pause Durée : 15 minutes
15h00 à 16h00 :	Étape du débriefage du deuxième scénario Durée : 60 minutes

La deuxième phase de collecte de données, soit l'entrevue de groupe semi-dirigée, s'est déroulée le 31 mai 2018 dans les locaux du Cégep Édouard-Montpetit, soit

deux jours après que les quatre participantes et les deux participants aient eu expérimenté l'activité d'immersion clinique simulée au Cégep Gérard-Godin. Afin que la chercheuse puisse rester centrée sur les thèmes spécifiques à explorer et à aborder tout au cours de l'entretien, un guide d'entrevue fut préalablement élaboré. Comme en font mention Fortin et Gagnon (2016) et Savoie-Zajc (2011, 2016), pour mener à bien l'entrevue, nous avons identifié les thèmes à aborder à partir desquels nous avons soigneusement élaboré une liste de questions ouvertes à poser aux participantes et aux participants. Ce guide d'entrevue (annexe K) fut validé par la directrice du présent essai avant son utilisation. Il traitait des thèmes suivants : les stratégies pédagogiques, le développement des compétences, le transfert des apprentissages, les connaissances antérieures, les connaissances nouvellement acquises et l'activité d'immersion clinique simulée.

Avant de commencer l'entrevue, la chercheuse a pris soin de rappeler, entre autres, l'objectif général de l'étude ainsi que le caractère confidentiel et anonyme des informations qui ont été recueillies. Elle a, de plus, demandé aux participantes et participants de remplir un formulaire relatif aux renseignements généraux (annexe L) de manière anonyme.

Cette entrevue, d'une durée prévue initialement de 60 minutes, mais qui dura au total 90 minutes, fut enregistrée avec l'autorisation des participantes et des participants dans le but également de nous permettre de recueillir des informations qui viendraient enrichir l'analyse de cette étude. Au terme des 60 minutes d'entrevue, la chercheuse a explicitement demandé aux participantes et participants s'ils étaient d'accord de poursuivre. Toutes les participantes et tous les participants avaient volontairement accepté de poursuivre l'entrevue jusqu'à la fin.

De plus, une prise de notes manuscrites a également été effectuée afin de faciliter la transition harmonieusement d'un thème à l'autre durant de l'entrevue et, entre autres, afin d'y apporter des renseignements complémentaires qui ne peuvent être

captés par un enregistreur vocal tel que les messages non verbaux des participantes et des participants.

Quelques jours après l’entrevue, la chercheuse a écouté l’enregistrement audio à quelques reprises afin de saisir l’essentiel du message verbalisé par les participantes et participants. Par la suite, pour faciliter l’analyse des données, la chercheuse a procédé le plus fidèlement possible à la transcription par ordinateur du verbatim des discussions, et ce, en vue d’organiser (Fortin et Gagnon, 2016) et de faciliter le repérage des données de type qualitatif se rapportant au transfert des apprentissages. Cette transcription du verbatim s’est effectuée à la fin juin pour se terminer à la mi-juillet 2018. Ensuite, la chercheuse a procédé à la création d’unités de sens relatifs aux stratégies cognitives et métacognitives présentées dans le cadre de référence de cet essai afin d’interpréter et de communiquer l’essence des résultats (Fortin et Gagnon, 2016).

Le Tableau 6 à la page suivante présente les étapes et l’échéancier opérationnel du déroulement de la recherche-expérimentation, selon Paillé (2007).

Tableau 6
Étapes et échéancier opérationnel du déroulement de la recherche-expérimentation

Étapes	Échéancier
1. Démarches effectuées auprès de la direction du Cégep Gérald-Godin afin d'utiliser gracieusement les installations de ce cégep dans le but tenir l'activité d'immersion clinique simulée	• Mars 2018
2. Rencontre avec les personnes-ressources qui ont assuré le bon déroulement de l'activité d'immersion clinique simulée au Cégep Gérald Godin : enseignante facilitatrice en simulation et infirmier en travaux pratiques	• Mars 2018
3. Sélection des deux scénarios pédagogiques déjà validés qui ont été utilisés lors de l'activité d'immersion clinique simulée. Demandes d'autorisation faites pour utiliser les scénarios pédagogiques auprès des conceptrices	• Mars 2018
4. Démarches pour l'obtention de l'approbation éthique auprès de la directrice d'essai	• Avril-mai 2018
5. Démarches pour l'obtention de l'approbation éthique finale auprès du Service de la recherche du Cégep Édouard-Montpetit	• Avril-mai 2018
6. Élaboration du guide d'entrevue	• Avril-mai 2018
7. Recrutement des participantes et des participants	• 23 et 24 Mai 2018
8. Première phase de collecte de données : Observation et captation sur enregistrement vidéo des participantes et participants lors de l'activité d'immersion clinique simulée dans les laboratoires du Cégep Gérald-Godin	• 29 Mai 2018
9. Deuxième phase de collecte de données : Entrevue de groupe semi-dirigée	• 31 Mai 2018
10. Analyse et interprétation des données	• Mai-2018 à janvier 2019
11. Dépôt de l'essai	• Avril 2019

Pour nous assurer d'une rigueur dans le processus de la recherche, nous avons veillé à respecter les critères méthodologiques qui découlent d'un consensus au sein de la communauté scientifique qui partage la même épistémologie (Savoie-Zajc, 2011). En effet, quatre critères méthodologiques relatifs à la recherche qualitative/interprétative se doivent d'être présents afin de démontrer la rigueur scientifique de la démarche : la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmation (*Ibid.*). Nous expliciterons davantage ces critères méthodologiques dans la section qui traite des moyens pour assurer la rigueur et la scientificité.

2. LES MÉTHODES ET LES INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES

Selon Fortin et Gagnon (2016), Loiselle (2001) ainsi que Savoie-Zajc (2011), il est souhaitable de recourir à plusieurs méthodes de collecte de données dans le but d'éviter les limites de certaines méthodes de collecte de données dans le cadre d'une recherche qualitative. Cette stratégie nommée triangulation vise à jumeler plusieurs méthodes afin d'assurer la fiabilité et la crédibilité des données recueillies. De plus, la triangulation des données permet d'avoir une bonne compréhension du phénomène à l'étude (Fortin et Gagnon, 2016; Loiselle, 2001; Savoie-Zajc, 2011). Dans le cadre de l'essai, nous avons retenu trois méthodes de collecte de données afin de pouvoir répondre aux objectifs spécifiques que nous poursuivons.

Les informations recueillies à l'issue des collectes de données ont été ensuite analysées dans le but de « comprendre la signification que les personnes accordent [...] à leurs expériences » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 28).

Puisque la recherche emprunte une approche descriptive qualitative, nous avons retenu l'observation, l'entrevue semi-dirigée et le journal de bord de la chercheuse comme méthodes de collecte de données, car, d'une part, elles sont cohérentes avec la posture épistémologique de la recherche, et d'autre part, les données recueillies seront de nature qualitative. Nous allons maintenant expliciter chacune de ces méthodes dans les paragraphes qui suivent.

2.1 L'observation

L'observation est une méthode de collecte de données qui fut privilégiée afin de brosser le portrait de l'expérience telle qu'elle est vécue individuellement par les participantes et les participants lors de l'activité d'immersion clinique simulée (Fortin et Gagnon, 2016; Savoie-Zajc, 2011; Martineau, 2016). L'observation non participante (Fortin et Gagnon, 2016; Savoie-Zajc, 2011) fut favorisée afin que la chercheuse ne prenne pas part à la dynamique qui régnait dans le milieu dans lequel se déroulait l'observation (*Ibid.*). Ainsi la chercheuse a eu un rôle d'observatrice non participante au cours de chacune des étapes des séquences (breffage; simulation; débreffage) qui entouraient les deux activités d'immersion clinique simulée, car nous ne voulions pas influencer les interventions des participantes et des participants lors des simulations cliniques. Cette méthode de collecte de données s'est avérée pertinente et cohérente pour l'atteinte du premier et du deuxième objectif. Par ailleurs, en vue d'assurer la fiabilité des données recueillies lors l'observation non participante, les images des activités d'immersion clinique simulée furent captées par vidéo. Cependant, en raison d'un problème technique qui fut constaté qu'à la fin de la journée d'expérimentation, toutes les étapes de la séquence des deux activités n'ont pu faire l'objet d'un enregistrement vidéo comme prévu dans l'environnement *Learning Space*. La chercheuse a donc eu recours à ses notes manuscrites afin d'analyser l'ensemble de deux étapes manquantes, soit le débreffage du premier scénario (*Évaluation initiale de l'opéré*) et le breffage du deuxième scénario (*Vomissements postopératoires*). Il est évident que les informations perdues auraient pu contribuer à accroître le volume des données qualitatives à analyser. Toutefois, en raison de la présence de deux autres méthodes de collecte de données, cette perte n'a pas eu d'impact majeur sur les résultats de la recherche. En effet, ces méthodes, soit l'entrevue semi-dirigée et le journal de bord, sont venues soutenir les observations que la chercheuse avait établies.

2.2 L'entrevue semi-dirigée

L'entrevue semi-dirigée est une méthode qui amène la chercheuse ou le chercheur à saisir le sens que les participantes et les participants attribueront à l'expérience vécue à l'intérieur d'un contexte bien précis (Fortin et Gagnon, 2016; Savoie-Zajc, 2011). Savoie-Zajc (2016) considère l'entrevue comme étant une « interaction verbale entre des personnes qui s'engagent volontairement [...] afin de partager un savoir d'expertise, et ce, pour mieux dégager conjointement une compréhension d'un phénomène d'intérêt pour les personnes en présence » (p. 339).

L'entrevue semi-dirigée confère donc à la chercheuse ou au chercheur un contrôle sur les informations d'intérêt à recueillir auprès des participantes et des participants qui possèdent les informations recherchées (Fortin et Gagnon, 2016; Savoie-Zajc, 2016). Nous avons privilégié le format d'entrevue de groupe semi-dirigée, car nous désirions recueillir des données de type qualitatif se rapportant au transfert des apprentissages concernant les stratégies cognitives et métacognitives proposées dans notre cadre de référence. Pour ce faire, les discussions furent orientées afin d'obtenir des participantes et participants des informations, tels des opinions, des pensées et des sentiments qui nous permettraient de comprendre le sens qu'ils accordent au phénomène vécu (*Ibid.*). Pour Fortin et Gagnon (2016) bien que l'ordre des questions soit flexible et que les sujets à aborder soient soigneusement et rigoureusement listés de manière à obtenir « une base de comparaison des réponses » (*Ibid.*, p. 201), cette méthode peut être vue comme étant globalement une « conversation informelle » (p. 202). En revanche, pour Savoie-Zajc (2016) l'entrevue semi-dirigée ne peut être perçue comme étant une « simple conservation » (p. 344), car les interactions entre la chercheuse avec les participantes et participants se sont déroulées selon une certaine structure prédéterminée par la chercheuse.

Au cours de l'entrevue de groupe semi-dirigée, les participantes et participants ont eu l'occasion de préciser et de clarifier leur pensée quant à leurs perceptions, leur

expérience, leurs sentiments ainsi que leur opinion à l'égard du transfert de leurs apprentissages en milieu contrôlé.

Ainsi, l'entrevue de groupe semi-dirigée d'une durée de 90 minutes qui s'est tenue le 31 mai, soit deux jours après l'activité d'immersion clinique simulée, a été utile pour atteindre le troisième objectif spécifique de l'essai :

- Explorer les perceptions des étudiantes et étudiants sur leur expérience concernant la journée de l'activité d'immersion clinique simulée et sur les stratégies cognitives et métacognitives utilisées.

2.3 Le journal de bord de la chercheuse

Pour Savoie-Zajc (2011), le journal de bord constitue un instrument de collecte de données dans lequel la chercheuse ou le chercheur consignent des informations qualifiées de haute importance, car elles ont la capacité d'exercer une certaine influence sur l'orientation que pourra prendre la recherche. Dans le même ordre d'idée, le journal de bord est perçu pour Loisel (2001) ainsi que Loisel et Harvey (2007), comme étant un instrument qui permettrait, dans le cadre d'une démarche réflexive, à la chercheuse ou au chercheur de mettre en exergue les diverses réflexions liées à la conduite de la recherche et à l'ensemble des décisions prises tout au cours de la recherche, dans le but de parvenir à une meilleure compréhension du phénomène étudié. Cet instrument constitue en quelque sorte une empreinte des pensées et des actions de la chercheuse. Il s'est avéré utile, entre autres, pour faciliter l'analyse de la démarche réflexive de la chercheuse, pour justifier les choix méthodologiques ainsi que les décisions prises durant ce processus et pour analyser et interpréter les résultats des données recueillies.

Nous sommes d'avis que le recours à la triangulation des méthodes de collecte de données a permis d'assurer la fiabilité et la validité des données recueillies. Cette triangulation des données vient justifier et soutenir les décisions de la chercheuse (Loisel et Harvey, 2007) pour éviter les biais personnels qui lui sont attribués. Nous expliciterons davantage cet aspect dans la section qui traite de la démarche de l'analyse.

Dans le cadre de cette recherche, le journal de bord de la chercheuse fut utile pour l'atteinte de l'ensemble des objectifs de l'essai.

3. LA DÉMARCHE DE L'ANALYSE

L'étape de l'analyse des données se veut une démarche inductive et non linéaire. Le processus de l'analyse est également un processus itératif qui débute dès que les premiers éléments d'informations sont recueillis auprès des participantes et des participants (Fortin et Gagnon, 2016). Ce processus rigoureux vise à dégager le message et le sens qui découlent des données. C'est ce processus que nous avons emprunté. Dans le but de répondre aux objectifs de recherche ainsi que pour arriver à analyser et à interpréter les données qualitatives, nous avons procédé, après avoir transcrit le contenu du verbatim en format Word, par une classification et une codification des données recueillies par l'intermédiaire de l'observation des étapes des séquences (breffage; simulation; débreffage) entourant la simulation, de l'entrevue de groupe semi-dirigée et du journal de bord, car les thèmes sont regroupés selon le sens commun qu'ils partagent (Fortin et Gagnon, 2016).

Fortin et Gagnon (2016) proposent un processus pour procéder à l'analyse des données qualitatives. Les étapes de ce processus sont présentées ci-dessous :

1. L'organisation des données recueillies;
2. La révision des données recueillies et l'immersion de la chercheuse ou du chercheur;
3. La réduction des données recueillies (codage);
4. L'élaboration de catégories et l'émergence des thèmes (composition d'unité de sens);
5. La recherche de modèles de référence;
6. L'interprétation des résultats et les conclusions.

Ces auteures résument les étapes du processus en citant, dans une traduction libre, Pratton (2002, dans Fortin et Gagnon, 2016, p. 358) en mentionnant que

“Le défi de l’analyse qualitative consiste à donner une signification à la masse de données recueillies. Cela suppose de réduire le volume des renseignements bruts, d’éliminer les données changeantes, de déceler les tendances significatives et de construire un cadre de référence qui permet de communiquer l’essence de ce que les données révèlent.”

La triangulation de ces méthodes a assuré la fiabilité des données (Loiselle, 2001), et ce, en compensant les limites de chacune prise individuellement (Savoie-Zajc, 2011). De plus, elle a contribué, entre autres, à diminuer les biais relatifs à la subjectivité de la chercheuse. En effet, pour limiter les préjugés favorables que la chercheuse pouvait avoir envers les décisions prises tout au cours du processus de recherche, toutes les données narratives et qualitatives ont été organisées, codifiées et interprétées afin, d’une part, pour cibler les tendances, et d’autre part, pour attribuer de manière objective un sens aux informations recueillies (Fortin et Gagnon, 2016; Loiselle, 2001). Par ailleurs, la validité des données a quant à elle été démontrée grâce aux liens qui ont émergé à l’issue des diverses comparaisons effectuées entre les différents thèmes codifiés (Fortin et Gagnon, 2016).

4. LES MOYENS POUR ASSURER LA RIGUEUR ET LA SCIENTIFICITÉ

Fortin et Gagnon (2016) ainsi que Savoie-Zajc (2011) abordent les concepts de rigueur et de scientificité en présentant quatre critères méthodologiques à respecter afin d’assurer une rigueur scientifique de l’analyse des données qualitatives, et afin de minimiser les biais potentiels. Il s’agit du critère de crédibilité, de transférabilité de fiabilité et de confirmation.

4.1 La crédibilité

Le critère de crédibilité vise à s’assurer que l’interprétation que font la chercheuse et le chercheur du phénomène étudié soit plausible. La réalité du phénomène

étudiée devra donc corroborer celle des participantes et des participants de la recherche (Fortin et Gagnon, 2016). Dans le cadre de l'essai, nous avons utilisé la triangulation des méthodes de collecte de données afin de tirer des conclusions plausibles à l'égard de l'interprétation des données recueillies. Cette triangulation a amené la chercheuse à mieux saisir le sens que les participantes et participants attribuaient à l'expérience vécue lors de l'activité d'immersion clinique simulée et à comprendre comment celle-ci contribue au transfert de nouveaux apprentissages acquis dans le programme CWA.0B.

En ce qui concerne l'étape entourant l'expérimentation, deux scénarios pédagogiques validés furent utilisés. De surcroît, des personnes-ressources, en l'occurrence, la facilitatrice et l'infirmier en travaux pratiques ont veillé au bon déroulement de l'activité d'immersion clinique simulée. Ceci vient appuyer la crédibilité du savoir produit (Savoie-Zajc, 2016).

4.2 La transférabilité

La transférabilité renvoie à l'application possible des conclusions tirées de l'analyse de la recherche à d'autres contextes comparables (Fortin et Gagnon, 2016; Loiselle et Harvey, 2007; Savoie-Zajc, 2011). Il incombe à la chercheuse de fournir au lectorat des éléments d'informations afin qu'il puisse porter un jugement critique quant à la transférabilité des conclusions à leur milieu (*Ibid.*). Dans le cadre de l'essai, afin que le lectorat puisse juger de la faisabilité de l'application des résultats dans un autre contexte, nous avons fourni une description claire et précise du contexte dans lequel s'est déroulée la recherche ainsi que le processus de sélection des participantes et participants (Fortin et Gagnon, 2016).

4.3 La fiabilité

La fiabilité renvoie « à la stabilité des données et à la constance dans les résultats » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 378). Ainsi, pour assurer la fiabilité de l'étude, nous avons retenu les services d'une enseignante formée au rôle de facilitateur pour guider les participantes et participants lors de l'activité d'immersion clinique simulée.

Âgée d'une trentaine d'années, la facilitatrice cumule 14 ans d'expertise clinique, trois années d'expérience en enseignement au collégial et trois années comme conseillère en formation. Par ailleurs, les scénarios utilisés sont des conceptions originales qui ont été validées, testées et partagées dans le réseau.

Une cohérence entre les conclusions de la recherche et le déroulement de cette dernière a été maintenue. De plus, un fil conducteur a été démontré tout au cours du processus (Fortin et Gagnon, 2016). En outre, la chercheuse a présenté les facteurs qui ont eu une influence sur l'interprétation des résultats (Loiselle, 2001).

Le journal de bord de la chercheuse ainsi que la triangulation des méthodes de données sont les moyens qui ont également assuré la fiabilité des données (Fortin et Gagnon, 2016; Savoie-Zajc, 2011).

4.4 La confirmation

Le dernier critère, soit la confirmation, « renvoi au processus d'objectivation mis en œuvre pendant et après la recherche » (Savoie-Zajc, 2011, p. 141). Les résultats qui découlent de la recherche ont été obtenus grâce à une rigueur dans l'analyse des données. Ils ne sont pas le fruit d'une interprétation subjective de la chercheuse.

Afin d'assurer l'objectivation des données et de leur interprétation, Fortin et Gagnon (2016) ainsi que Savoie-Zajc (2011) mentionnent qu'un audit externe peut porter un jugement critique sur la qualité des résultats obtenus. Le rôle d'audit externe fut assuré par la directrice de l'essai.

Par ailleurs, dans le but d'assurer la neutralité de la démarche, nous avons dans le cadre de cet essai détaillé les instruments la collecte de données, et justifié leur choix.

5. LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Selon Crête (2016), bien que l'objectif d'une chercheuse et d'un chercheur soit d'apporter sa contribution à l'avancement des connaissances scientifiques, il n'en

demeure pas moins qu'ils devront se soumettre aux règles éthiques, et respecter les principes qui régissent la conduite de toute recherche.

Nous présentons, dans ce qui suit, les principes éthiques qui furent respectés durant tout le processus de recherche. Il s'agit des principes en regard au respect de la personne, à la préoccupation pour le bien-être, au respect à la vie privée et à la confidentialité, et à la justice (Fortin et Gagnon, 2016 ; Hobeila, 2011).

5.1 Respect de la personne

Le principe du respect de la personne fait référence au droit de toute personne à agir et à décider pour elle-même de manière autonome (Fortin et Gagnon, 2016; Hobeila, 2011). Dans le cadre de l'essai, les participantes et les participants furent recrutés de façon volontaire. En vue d'obtenir un consentement libre et éclairé de la part des participantes et participants, des informations leur ont été données de façon verbale et par écrit sur les points suivants : la description du projet; la nature de la participation; les avantages à participer à la recherche; les bénéfices, les risques et les inconvénients à participer à la recherche; les moyens qui seront pris afin de préserver leur vie privée et la confidentialité des données; la participation volontaire et le retrait volontaire de la recherche. Avant de procéder à la collecte de données, nous avons demandé aux participantes et aux participants de signer un consentement écrit pour la participation à la recherche et de signer un consentement écrit pour la captation sur enregistrement vidéo, dans les laboratoires de simulation du Cégep Gérard-Godin, les séances de simulation (breffage; simulation; débreffage) ainsi qu'un contrat de participation aux activités de simulation clinique. De plus, nous leur avons demandé de signer un engagement écrit à maintenir, entre autres, la confidentialité du contenu des scénarios de simulation ainsi que les discussions qui auront cours entre les participantes, les participants et la personne facilitatrice en simulation lors des séances de simulation au Cégep Gérard-Godin ainsi que lors des échanges qui auront cours entre les participantes, les participants et la chercheuse lors de l'entrevue de groupe semi-dirigée.

En raison d'un temps alloué, initialement de 60 minutes, qui s'est avéré insuffisant pour explorer, entre autres, les diverses perceptions des participantes et participants sur leur expérience concernant la journée de l'activité d'immersion clinique simulée, la chercheuse s'est assurée d'obtenir l'accord volontaire de tous avant de poursuivre l'entrevue jusqu'à la fin.

5.2 Préoccupation pour le bien-être

Le principe de préoccupation pour le bien-être se rapporte aux bénéfices, aux risques et aux inconvénients encourus par les participantes et les participants dans le cadre de la recherche (Fortin et Gagnon, 2016).

En participant à cette recherche, aucun bénéfice personnel ainsi qu'aucun avantage direct n'ont été retirés par les participantes et les participants. De plus, les participantes et les participants n'ont pas été exposés à des risques inutiles, car ces derniers furent évalués comme étant sous le seuil du risque minimal. La recherche présentait un équilibre étant le plus favorable qui soit entre les risques et les bénéfices potentiels pour les participantes ainsi que pour les participants.

5.3 Respect de la vie privée et à la confidentialité

Comme mentionné précédemment, trois méthodes de collectes de données ont servi à recueillir des informations afin de pouvoir répondre aux objectifs de la recherche. Des moyens furent mis en place afin de préserver le caractère confidentiel des données personnelles : de la collecte des données à la divulgation des résultats. Pour Fortin et Gagnon (2016), l'anonymat des participants et des participantes « est protégé si l'identité du participant ne peut être dévoilée par quiconque et d'aucune façon, pas même par le chercheur » (p. 155).

Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de la recherche furent recueillis et consignés dans un dossier d'étude par la chercheuse.

Ces renseignements sont les suivants : les images des séances de simulation (breffage, simulation, débreffage) ont été captées par vidéo dans les laboratoires de simulation du Cégep Gérard-Godin (*LearningSpace*), et l'enregistrement audio des discussions qui ont eu lieu lors de l'entrevue de groupe semi-dirigée le 31 mai 2018. À la fin de la deuxième séance de simulation, une requête a été faite auprès de la directrice de l'essai, présente sur les lieux de l'expérimentation, pour la destruction de toutes les images vidéo des séances de simulation se trouvant dans l'environnement *LearningSpace* du Cégep Gérard-Godin. Toutes les images ont donc été détruites le jour même, soit le 29 mai 2018, par la directrice de l'essai en présence de la chercheuse.

Afin de protéger l'identité des participantes et des participants, tous les renseignements recueillis demeurent strictement confidentiels. Les noms et prénoms des participantes et des participants ont été remplacés par des codes qui empêchent tout lien possible entre les participantes et les participants. Les données recueillies sur papier, par captation vidéo et par enregistrement audio sont conservées dans un tiroir verrouillé à clé au domicile de la chercheuse principale, dont elle seule possède la clé de ce tiroir. De plus, les formulaires de consentement sont gardés dans une enveloppe scellée et conservés sous clé par la chercheuse.

Toutes les données recueillies ne pourront être lues ou visionnées ou écoutées que par la chercheuse et par la directrice de l'essai. Sept ans après le dépôt de l'essai, toutes les données seront ensuite détruites en respectant les principes de confidentialité. Les données consignées sur un support papier seront déchiquetées par la chercheuse. Les données recueillies par captation vidéo et par enregistrement audio seront effacées par la chercheuse principale.

Les résultats de l'étude sont diffusés dans le présent projet d'essai de maîtrise en enseignement au collégial. De plus, les résultats de cette étude pourront être diffusés lors d'un colloque de l'Association des enseignantes et des enseignants en soins infirmiers des collèges du Québec (AEESICQ) ou d'un colloque de l'Association

québécoise de pédagogie collégiale (AQPC) ou lors d'un congrès de l'OIIQ, sans qu'il y ait possibilité d'identifier les participantes et les participants de la recherche.

5.4 Justice

Le principe de justice suppose que toutes les participantes et les participants reçoivent un traitement juste et équitable (Fortin et Gagnon, 2016). La prise en compte du principe de justice nous a guidées pour l'élaboration des critères d'inclusion qui ont permis de répondre aux objectifs de recherche (Hobeila, 2011). De plus, une attention particulière fut déployée afin que la conduite de la recherche ne mène pas à de la discrimination entre les participantes et les participants (Fortin et Gagnon (2016). C'est ainsi qu'un tirage au sort parmi les 13 personnes intéressées fut effectué afin de déterminer les six participantes et participants qui participeraient à la recherche. De plus, les participantes et participants sélectionnés n'ont pas été pénalisés quant au nombre de journées de stage en milieu à faire, comme l'exige le programme CWA.0B, car la journée d'activité d'immersion clinique simulée fut considérée comme l'une des 18 journées de stage.

QUATRIÈME CHAPITRE

PRÉSENTATION ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES QUALITATIVES

L'utilisation d'une activité d'immersion clinique simulée comme stratégie pédagogique pour comprendre comment celle-ci contribue au transfert de nouveaux apprentissages nous intéresse particulièrement dans le cadre de cet essai.

Ce dernier chapitre présente l'analyse et l'interprétation des données qualitatives obtenues lors de l'observation de l'activité d'immersion clinique simulée, ainsi que lors de l'entrevue de groupe semi-dirigée à l'égard du transfert des nouveaux apprentissages qu'ont effectué les étudiantes et étudiants inscrits dans le cadre du cours *I80-F94-VM Intervention infirmière en médecine-chirurgie II* du programme *Intégration à la profession infirmière du Québec* (CWA.0B) au Cégep Édouard-Montpetit. L'analyse des données constitue la sixième étape de l'opérationnalisation de la recherche-expérimentation, selon Paillé (2007).

Dans un premier temps, un portrait sociodémographique succinct des participantes et des participants de la recherche est présenté. Dans un deuxième temps, nous exposons les données relatives à l'observation non participative de l'activité d'immersion clinique simulée, puis nous présentons dans un tout cohérent les résultats issus de l'analyse des données recueillies. Cette dernière fait référence à la septième étape du devis méthodologique recherche-expérimentation, selon Paillé (2007). En terminant, les données relatives à l'entrevue de groupe semi-dirigée sont décrites et les résultats sont interprétés à leur tour, en tenant compte du cadre de référence.

1. PRÉSENTATION DES PARTICIPANTES ET PARTICIPANTS DE LA RECHERCHE

Dans le cadre de cet essai, l'utilisation de codes fut privilégiée afin de préserver l'anonymat des participantes et participants.

Ce sont trois infirmières DHC, une femme médecin formée à l'étranger et deux infirmiers DHC qui ont participé à l'activité d'immersion clinique simulée, ainsi qu'à l'entrevue semi-dirigée. Leur âge se situe pour la grande majorité entre 31 et 40 ans. Pour une des personnes participant à la recherche, son âge se situe dans la catégorie des 51 ans et plus. Les participantes et les participants sont originaires de six pays différents : Algérie; Brésil; Cameroun; Cuba; Iran; Uruguay. La langue maternelle est tout aussi diversifiée : l'anglais, l'espagnol, le kabyle, le persan et le portugais. Le nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière ou infirmier dans leur pays d'origine diffère : une personne a exercé moins de cinq ans; deux personnes ont exercé entre cinq et sept ans; deux personnes ont exercé plus de cinq ans. Par ailleurs, une personne a exercé en tant que médecin dans son pays d'origine entre cinq et sept ans. En ce qui concerne le nombre d'années qu'elles ou qu'ils vivent au Québec, la grande majorité s'est installée au Québec depuis moins de cinq ans et deux se sont installés au Québec depuis cinq et sept ans.

Aucune des participantes et aucun des participants n'avaient participé à une activité d'immersion clinique simulée auparavant. La plupart des participantes et participants disent consacrer plus de cinq heures par semaine pour leurs études personnelles dans le programme CWA.0B.

Le Tableau 7 à la page suivante présente à la page suivante le portrait sociodémographique des participantes et des participants de la recherche.

Tableau 7
Portrait sociodémographique des participantes et des participants

Nombre total de participantes et de participants		6
Femmes		4
Hommes		2
Âge	31-40 ans	5
	51 ans et plus	1
Pays d'origine	Algérie	1
	Brésil	1
	Cameroun	1
	Cuba	1
	Iran	1
	Uruguay	1
Langue maternelle	Anglais	1
	Espagnol	2
	Kabyle	1
	Persan	1
	Portugais	1
Formations antérieures avant d'arriver au Québec	Baccalauréat en sciences infirmières/nursing	5
	Médecine générale	1

La Figure 4 à la page suivante présente un graphique sur le nombre d'années d'expérience professionnelle acquis, par les participantes et participants, dans le domaine de la santé dans le pays d'origine.

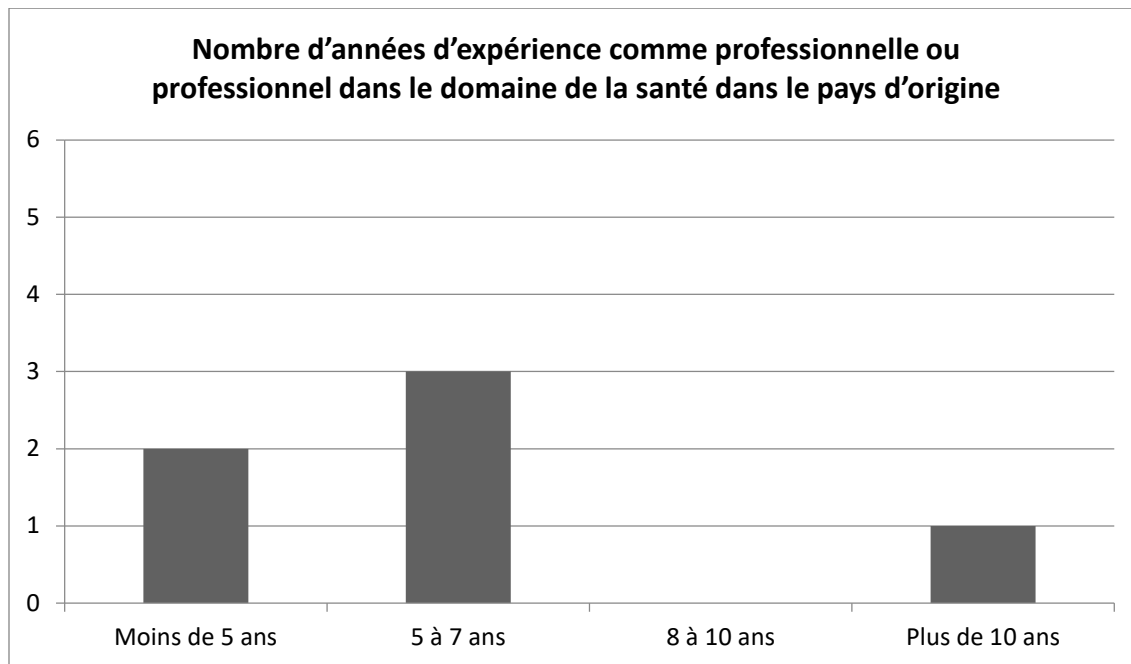


Figure 4. Graphique : Nombre d'années d'expérience comme professionnelle ou professionnel dans le domaine de la santé dans le pays d'origine.

La Figure 5 présente un graphique sur le nombre d'années pour lesquelles les participantes et participants vivent au Québec.

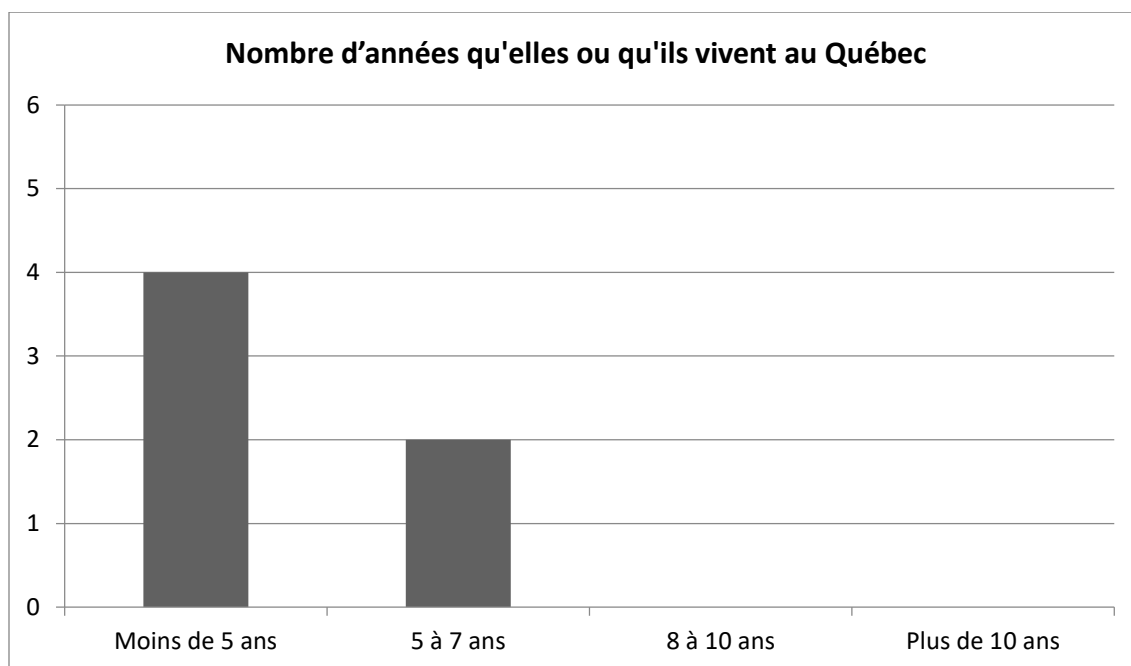


Figure 5. Graphique : Nombre d'années de résidence au Québec.

2. PRÉSENTATION ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES QUALITATIVES

Dans un premier temps, cette section du chapitre présente, sous forme de synthèse, les données qualitatives relatives à l'observation non participante. Cette description sera suivie de leur interprétation. Dans un deuxième temps, pour exposer les données qualitatives relatives à l'entrevue de groupe semi-dirigée, la synthèse des informations recueillies précèdera également leur interprétation.

La description synthétisée des données obtenues aura pour assise le modèle intégré présenté au Tableau 3 dans la dernière section du deuxième chapitre. Ce modèle est une combinaison des trois étapes rencontrées dans une activité d'immersion clinique simulée (Jeffries, 2012) (breffage; simulation; débreffage) avec les sept processus cognitifs impliqués dans le transfert des apprentissages, selon Tardif (1999), décrits au Tableau 1 ainsi que certaines stratégies issues de la taxonomie des stratégies d'apprentissage de Bégin (2008) présenté au Tableau 2.

Inspiré de la taxonomie de Bégin (2008), les Tableaux 8, 9 et 10 présentent les catégories de stratégies impliquées dans le transfert d'apprentissage ainsi que leurs catégories d'actions rattachées au contexte de l'activité d'immersion clinique simulée qui ont été retenues dans le cadre de cet essai.

Le Tableau 8 à la page suivante présente les stratégies cognitives de traitement de l'information et leurs catégories d'actions.

Tableau 8
Catégories : stratégies cognitives de traitement et catégories d'actions

Stratégies cognitives de traitement	Catégories d'actions
Sélectionner	<ul style="list-style-type: none"> • Exprimer oralement les informations pertinentes à considérer pour résoudre la situation-problème
Élaborer	<ul style="list-style-type: none"> • Formuler des hypothèses explicatives concernant les moyens à privilégier pour résoudre la situation-problème
Organiser	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire verbalement les informations permettant l'identification de la valeur significative des informations
Comparer	<ul style="list-style-type: none"> • Expliciter des liens établis entre les informations

Le Tableau 9 présente les stratégies cognitives d'exécution et leurs catégories d'actions.

Tableau 9
Catégories : stratégies cognitives d'exécution et catégories d'actions

Stratégies cognitives d'exécution	Catégories d'actions
Évaluer	<ul style="list-style-type: none"> • Exprimer de façon critique les similitudes et les écarts constatés concernant les interventions privilégiées en vue de la résolution de la situation-problème
Produire	<ul style="list-style-type: none"> • Exprimer verbalement les connaissances pertinentes utilisées pour résoudre la situation-problème
Vérifier	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher les informations pertinentes en vue de la résolution de la situation-problème
Traduire	<ul style="list-style-type: none"> • Exprimer les apprentissages réalisés à l'issue de l'activité d'immersion clinique simulée

Le Tableau 10 présente les stratégies métacognitives et leurs catégories d'actions.

Tableau 10
Catégories : stratégies métacognitives et catégories d'actions

Stratégies métacognitives	Catégories d'actions
Anticiper	<ul style="list-style-type: none"> • Prédire les connaissances et les interventions utiles à la résolution de la situation-problème
S'autoréguler	<ul style="list-style-type: none"> • Expliciter les réajustements nécessaires à effectuer et les moyens à prendre en vue de s'améliorer

Considérant le degré de difficulté pour cibler les catégories d'actions qui démontrent l'utilisation, par les participantes et participants, de stratégies impliquées dans le transfert des apprentissages à l'étape de simulation, la chercheuse a choisi les étapes de l'activité pour lesquelles la facilitatrice ainsi que les participantes et participants ont été en mesure d'engager des discussions, soit lors de l'étape du breffage et l'étape du débriefage, et ce, afin de lui permettre d'examiner l'utilisation des stratégies impliquées dans le transfert des apprentissages. À l'étape du breffage, c'est l'utilisation des stratégies cognitives de traitement suivant qui ont retenu notre attention : *sélectionner, élaborer, organiser et comparer* (Bégin, 2008). De plus, la stratégie métacognitive *anticiper* (*Ibid.*) a également été retenue pour cette étape. Pour l'étape de débriefage, c'est l'utilisation des stratégies cognitives d'exécution *évaluer, produire, vérifier* et *traduire*, la stratégie métacognitive *s'autoréguler* ainsi que les stratégies cognitives de traitement *organiser* et *comparer* pour lesquelles notre attention fut dirigée.

2.1 Synthèse des données qualitatives relatives à l'observation non participative de l'activité d'immersion clinique simulée

L'observation non participante fut privilégiée comme méthode de collecte de données afin de répertorier des actions observables démontrant l'utilisation de stratégies impliquées dans le transfert des apprentissages par les participantes et participants lors de l'activité d'immersion clinique simulée qui s'est tenue le 29 mai 2018 au Cégep Gérard-Godin.

Cette méthode de collecte de données a permis de répondre au premier et au deuxième objectif de l'essai :

- 1- Observer, lors de l'activité d'immersion clinique simulée, des actions visibles démontrant l'utilisation de stratégies impliquées dans le transfert des apprentissages par les étudiantes et étudiants;
- 2- Recueillir, lors de l'activité d'immersion clinique simulée, des indicateurs verbaux démontrant l'utilisation de stratégies impliquées dans le transfert des apprentissages par les étudiantes et les étudiants.

Avec l'autorisation des auteures, le Tableau 11 présente à la page suivante un résumé succinct des scénarios pédagogiques utilisés ainsi que l'intégralité des objectifs d'apprentissage respectifs.

Tableau 11
Scénarios pédagogiques utilisés

Résumé des scénarios	Objectifs d'apprentissage
<p>- Premier scénario : <i>Évaluation initiale de l'opéré</i>⁸ :</p> <p>Un septuagénaire anxieux, ayant de multiples antécédents, est admis sur une unité de chirurgie après y avoir subi une arthroplastie de l'un de ses genoux.</p> <p>Les étudiantes et étudiants doivent procéder à l'évaluation clinique postopératoire de ce dernier. À l'issue de l'évaluation, il est attendu que les étudiantes et étudiants effectuent les interventions appropriées et offrent un enseignement pertinent à l'opéré.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Procéder, d'une façon structurée, dans les premières 5 minutes, à l'évaluation clinique d'un opéré en utilisant les outils d'évolution reconnus.</i> 2. <i>Tout au long de l'évaluation, intervenir en fonction des résultats, de façon efficace et appropriée.</i> 3. <i>Enseigner au client toutes les évaluations et les interventions faites tout au long de la simulation.</i>
<p>- Deuxième scénario : <i>Vomissements postopératoires, chirurgie abdominale (iléostomie temporaire)</i>⁹ :</p> <p>Un quadragénaire a subi, il y a trois jours, une iléostomie temporaire à l'issue d'une diverticulite accompagnée d'une péritonite. L'épouse du patient insiste à le faire manger, bien qu'il soit faible et qu'il ait vomi 600ml de liquide vert foncé.</p> <p>Les étudiantes et étudiants doivent procéder à l'évaluation clinique au troisième jour postopératoire de ce dernier. À l'issue de l'évaluation, il est attendu que les étudiantes et étudiants dégagent les besoins de soins, déterminent le plan de soins et de traitements infirmiers et effectuent les interventions appropriées.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Analyser la situation de soins en effectuant les liens entre les symptômes présents et la chirurgie subie par le client, dans les premières 5 minutes de la simulation.</i> 2. <i>Expliquer et donner les directives infirmières à l'épouse¹⁰ du client selon le constat d'évaluation dans le deuxième 5 minutes de la simulation.</i> 3. <i>Décider de l'intervention appropriée pour la condition du patient et expliquer la procédure au patient dans le dernier 5 minutes.</i>

⁸ Auteures : Mesdames Brigitte Dionne et Cynthia Boilard, enseignantes au Collège Montmorency.

⁹ Auteure : Madame Viviane Fournier, enseignante au Cégep Gérald-Godin et directrice de cet essai.

¹⁰ En raison d'un problème de logistique, cet objectif diffère de l'original. Initialement, les directives devaient être expliquées et données à un membre de l'équipe de soins.

2.1.1 Données qualitatives provenant de l'étape du breffage

Au cours de cette étape, la chercheuse s'est concentrée sur les actions visibles et les indicateurs verbaux qui lui permettaient d'examiner les stratégies cognitives de traitement suivantes : la stratégie *sélectionner*, la stratégie *élaborer*, la stratégie *organiser* et la stratégie *comparer* ainsi que la stratégie métacognitive *anticiper*. À noter, pour faciliter le récit des observations de la chercheuse, les stratégies ne sont pas présentées, pour ce qui suit, dans leur ordre énuméré dans ce paragraphe.

De façon générale, la chercheuse constate qu'au cours de l'étape du breffage du premier et du deuxième scénario (*Vomissements postopératoires*), les participantes et participants ont consulté en dyade ou en triade, selon le cas, différentes sources d'informations (dossier patient, manuels scolaires, facilitatrice, etc.) visant à les préparer à intervenir adéquatement auprès du mannequin haute fidélité et de l'actrice, dans le cas échéant. Au cours de cette étape, la facilitatrice a émis des directives quant à ce qui était attendu de la part des participantes et participants. De plus, la situation-problème, les objectifs d'apprentissage visés ainsi que les compétences à développer ont été présentés. De surcroît, elle a clarifié les mots de vocabulaire qui pouvaient nuire à la compréhension de la situation-problème et elle les a guidés quant aux choix des interventions à privilégier, dans le cas échéant.

Par ailleurs, la chercheuse observe que les quatre participantes et les deux participants présents lors du premier scénario (*Évaluation de l'opéré*) ont consulté les manuels et le dossier patient mis à leur disposition, ils ont pris des notes, ils ont échangé entre eux, ils ont posé des questions et ils ont émis des hypothèses (stratégie *élaborer*) quant à la nature du problème émergeant, à la demande de la facilitatrice. De plus, tout au cours de cette étape les participantes et participants ont été invités à inscrire les éléments importants sur un document visant la planification de la simulation en dyade. La chercheuse constate que ce document fut peu utilisé par les quatre participantes et le participant, lors de la planification de la simulation du deuxième scénario

(*Vomissements postopératoires*). Par contre, la prise de notes, la pose de questions ainsi que l'émission d'hypothèses quant à la nature du problème émergeant, furent observées.

À propos de la stratégie cognitive de traitement *sélectionner ainsi qu'organiser*, un tour de table est fait à la demande de la facilitatrice pour laisser les participantes et participants exprimer oralement les informations qu'ils jugent pertinentes et significatives pour résoudre la situation-problème. Un participant exprime oralement les éléments d'informations ciblées dans le dossier patient numérique qu'il juge essentiel pour résoudre la situation-problème. Les autres participants complètent les informations en y apportant d'autres éléments qu'ils jugent significatifs.

À propos de la stratégie cognitive de traitement *comparer*, la chercheuse observe pour les deux scénarios que des participantes et participants mettent en parallèle les manifestations cliniques et les informations décrites dans l'histoire de cas-contexte pour faire ressortir des liens cliniques.

À propos de la stratégie métacognitive *anticiper*, en raison de l'anxiété notée dans le dossier patient numérique du premier scénario (*Évaluation de l'opéré*), une dyade dit se questionner sur l'enseignement de départ à dispenser au mannequin haute fidélité, car plusieurs données leur sont inconnues. Celle-ci envisage de valider ou d'invalidier les hypothèses qu'elle a formulées en ce qui a trait aux causes qui peuvent nourrir l'anxiété du mannequin haute fidélité.

2.1.2 Données qualitatives provenant de l'étape du débriefage

Pour le premier scénario (*Évaluation initiale de l'opéré*), les données de cette étape sont issues uniquement de l'observation non participante ainsi que du journal de bord de la chercheuse, car en raison d'un problème technique l'enregistrement vidéo de cette étape n'a pu se faire dans l'environnement *Learning Space*. Pour ce qui est du deuxième scénario (*Vomissements postopératoires*), nous avons eu recours à l'observation non participante ainsi que du journal de bord de la chercheuse, en plus,

des images captées par vidéo pour procéder à l'analyse et l'interprétation des données qualitatives.

À noter qu'un participant était absent lors de la deuxième activité d'immersion clinique simulée. Par conséquent, un participant ayant le code de *S01*¹¹ a eu l'occasion d'intervenir deux fois lors du deuxième scénario (*Vomissements postopératoires*) afin de maintenir des dyades lors de la simulation.

Pour cette étape, la chercheuse s'est concentrée sur les actions visibles et les indicateurs verbaux qui lui permettaient d'examiner les stratégies cognitives d'exécution suivantes : la stratégie *évaluer*, la stratégie *produire*, la stratégie *vérifier et* la stratégie *traduire*; la stratégie métacognitive s'autoréguler ainsi que les stratégies cognitives de traitement suivantes : la stratégie *organiser* et la stratégie *comparer*. À noter, pour faciliter le récit des observations de la chercheuse, les stratégies ne sont pas présentées, pour ce qui suit, dans leur ordre énuméré dans ce paragraphe.

La première question posée par la facilitatrice lors de l'étape de débriefage portait sur les émotions vécues au cours de la simulation. À tour de rôle, les participantes et participants ont été invités à s'exprimer sur leurs émotions concernant l'expérience qui venait d'être vécue.

À propos de la stratégie d'exécution *évaluer*, *S01* et *S02*, première dyade à expérimenter la deuxième simulation du second scénario (*Vomissements postopératoires*), mentionnent qu'ils considèrent que leur préparation était déficiente. Une lecture rigoureuse du dossier du patient a été omise. De ce fait, les interventions adéquates à cibler, lors de la simulation, ont été plus difficiles en raison, entre autres, du manque d'informations pertinentes relatives à la condition médicale du mannequin haute fidélité, concernant l'heure d'administration de la dernière dose d'antiémétique et concernant l'application de l'ordonnance médicale relative à l'insertion d'un tube

¹¹ Pour préserver l'anonymat des participantes et participants, nous avons utilisé des codes.

nasogastrique dans l'éventualité d'une nausée persistante chez le mannequin haute fidélité.

S01 mentionne à cet égard :

Quand on faisait le plan de travail, on ne pensait pas aux vomissements et aux choses comme ça [...] on n'a pas bien lu son plan. On ne savait pas qu'il y avait une sonde PRN. Je pensais qu'on pouvait informer le médecin pour qu'il puisse prescrire ça. Et aussi, on n'avait pas regardé la dernière heure de Graval.

Pour justifier le fait qu'il a administré un antiémétique (Graval) au mannequin haute fidélité sans avoir consulté au préalable la feuille d'administration des médicaments (FADM)¹², *S01* et plusieurs mentionnent que les limites des interventions permises dans un contexte de simulation leurs étaient inconnues. Puisque *S01* n'était pas entré avec le dossier du patient dans le laboratoire de simulation, il ne savait pas non plus s'il lui était permis de sortir du laboratoire de simulation pour aller consulter le dossier du patient. Sa priorité à ce moment était de soulager le mannequin haute fidélité. Il affirme à cet effet que « c'est une mauvaise pratique [...], mais dans la vraie vie, j'aurais vérifié la FADM ». Une interrogation subsiste, aurions-nous assisté à une meilleure autonomie professionnelle et des décisions cliniques différentes de sa part, si toutes les données contenues dans le dossier patient avaient été considérées?

Par ailleurs, *S01* s'est dit mieux préparé à intervenir auprès du mannequin haute fidélité lorsqu'il a expérimenté le même scénario pour la deuxième fois, car à l'issue de sa première participation, il dit avoir consulté le dossier (stratégie *vérifier*) du patient en vue de sa deuxième participation lorsqu'il était dans la salle adjacente, et ce, en attendant de passer une deuxième fois. Il formait la troisième dyade avec *S02* pour le deuxième scénario (*Vomissements postopératoires*). Par ailleurs, *S01* mentionne le fait qu'il a été en mesure de voir la deuxième dyade à l'œuvre, l'a aidé dans préparation lors

¹² La consignation de l'administration de tous les médicaments sur une feuille d'administration des médicaments par les infirmières et infirmiers ainsi que par les infirmières et infirmiers auxiliaires est obligatoires pour assurer une administration sécuritaire des médicaments.

de sa deuxième intervention avec *S03*. À la lumière de ce constat, nous pouvons émettre l'hypothèse que la répétition du même scénario au cours d'une même activité d'immersion clinique simulée permet de consolider les compétences par une recontextualisation des nouveaux apprentissages réalisés lors de la simulation précédente.

En outre, *S01* évalue que ses idées étaient mieux organisées pour intervenir la deuxième fois. Il mentionne que son approche s'est adaptée au contexte qui lui était plus familier. Il dit en ce sens « mes idées étaient plus organisées » et qu'il était plus calme, car l'effet de surprise n'y était plus (stratégie *organiser*) : manifestations cliniques du mannequin haute fidélité; présence de l'actrice qui jouait le rôle de l'épouse du mannequin haute fidélité; connaissances de données jugées pertinentes dans le dossier du patient. Les connaissances acquises lors de sa première intervention ont contribué, selon lui, à anticiper les interventions à effectuer ainsi qu'à réguler (stratégie *s'autoréguler*) sa façon de résoudre la situation-problème.

Parallèlement, *S03* exprime qu'elle continue d'éprouver de la difficulté avec le travail d'équipe. Elle fait part d'un manque de concertation dans les actions prises, d'une part, pour l'évaluation du mannequin haute fidélité, et d'autre part, pour l'organisation des soins, en mentionnant « Maintenant, qu'est-ce que je fais? Parce que j'avais fait l'auscultation abdominale et lui, il l'a fait encore [...] Qu'est-ce que je fais? » (stratégie *s'autoréguler*). La répartition des responsabilités entre eux n'était pas clairement définie. Cette difficulté, le travail en équipe pour l'organisation des soins, fut mentionnée par d'autres participantes et participants au cours du débriefage du premier scénario (*Évaluation initiale de l'opéré*) (stratégie *évaluer*).

En ce qui a trait à la collaboration avec l'épouse du mannequin haute fidélité, *S03* souligne la différence qui existe entre son pays d'origine et le Québec concernant la collaboration de la famille aux soins de leurs proches nécessitant des soins de santé. En effet, elle compare (stratégie *comparer*) sa façon d'intervenir en précisant les dissimilitudes qualitatives qu'elle observe entre ses apprentissages acquis dans son pays

d'origine (apprentissage contextualisés) et ceux de la tâche cible, et ce, en mentionnant que dans son pays il est courant de toujours demander aux membres de la famille de quitter la chambre afin de prodiguer des soins au patient et qu'ici (contexte de décontextualisation) il faut plutôt travailler en collaboration avec la famille du patient. Rappelons que l'objectif du deuxième scénario (*Vomissements postopératoires*) visait à ce que les participantes et participants expliquent et donnent des directives infirmières claires à l'épouse du mannequin haute fidélité relativement à la condition clinique de ce dernier.

Nous observons qu'en raison des contextes de pratique qui diffèrent, *S03* arrive à mettre en relief l'approche qu'il faut privilégier afin de s'adapter au nouveau contexte professionnel de pratique en ce qui a trait à la collaboration de la famille aux soins. Par conséquent, pour ce qui est du travail d'équipe, il semble que la simulation n'a pu, à ce stade, favoriser la mobilisation de compétences transversales qui lui auraient permis de travailler efficacement en équipe avec son collègue en situation de décontextualisation.

À propos de la stratégie métacognitive *s'autoréguler*, *S03* fait référence au stage antérieur qu'elle a eu dans le cadre du cours *I80-F93-VM Intervention infirmière en médecine et chirurgie I* qui s'est déroulé sur un département de médecine et non de chirurgie. Elle mentionne qu'il lui faudra revoir d'autres notions (stratégie *anticiper*), sans préciser lesquelles, afin qu'elle puisse mieux intervenir auprès de patients nécessitant des soins postopératoires. Sur ce point, bien que *S05* porte un jugement favorable quant à sa préparation pour le deuxième scénario (*Vomissements postopératoires*), elle s'interroge sur la manière d'adapter son approche avec la famille des patients dans un contexte professionnel réel en disant « Comment faire l'approche avec la famille dans un cas comme ça? » (stratégie *s'autoréguler*).

À propos de la stratégie d'exécution *produire*, concernant le deuxième objectif du deuxième scénario (*Vomissements postopératoires*), la facilitatrice demande aux participantes et au participant, de s'exprimer sur la façon d'expliquer et de donner des directives claires à un membre de la famille, en l'occurrence l'épouse, qui se montre

insistante quant aux soins à prodiguer au mannequin haute fidélité. Les participantes et le participant mentionnent l'importance d'effectuer une collecte de données exhaustive auprès de l'épouse afin de pouvoir cibler les facteurs qui motivent ce comportement insistant chez elle.

À propos de la stratégie de traitement *comparer*, lorsqu'à l'étape de débriefage du deuxième scénario (*Vomissements postopératoires*) la facilitatrice a demandé aux participantes et au participant d'explicitier les liens qu'ils établissaient entre les manifestations cliniques du mannequin haute fidélité et la nature de la chirurgie, nous observons au cours de cette phase de décontextualisation une certaine difficulté de la part des participantes et du participant à réactiver leurs connaissances antérieures pour décrire le système digestif. Dans le but ultime de rendre leurs apprentissages significatifs et viables en situation de recontextualisation, la facilitatrice, devant cette difficulté, est intervenue en les amenant à faire des liens avec les hypothèses que les participantes et le participant avaient formulées lors de l'étape de briefage du deuxième scénario (*Vomissements postopératoires*) (stratégie *élaboration*) quant à l'apparition de manifestations cliniques potentielles chez le mannequin haute fidélité. À la suite de l'intervention de la facilitatrice, nous remarquons que plusieurs ont une facilité à mieux circonscrire le problème.

À propos de la stratégie d'exécution *traduire*, les participantes et les participants ont été invités à s'exprimer sur les apprentissages réalisés au cours de l'activité d'immersion clinique. La majorité des participantes et participants ont réalisé, grâce à la simulation, que divers apprentissages restent à réaliser : organisation des soins; travail d'équipe; planification des soins; communication avec le client-famille; interaction avec la famille; l'importance de procéder à une bonne lecture du dossier patient; l'application des méthodes de soins selon les pratiques québécoises.

Lors du débriefage du deuxième scénario (*Vomissements postopératoires*), *S01* s'exprime en disant « quelque chose m'a vraiment marqué aujourd'hui. Je pense que je vais faire peut-être un petit résumé quand je rentre chez nous, pour postopératoire [...]

et pour les imprévus que tu peux trouver comme ça » (stratégie *organiser*). Selon lui, les imprévus rencontrés ont contribué à le déstabiliser (conflit cognitif), car dû à un manque de connaissances, il ne savait pas comment intervenir rapidement et efficacement. À la suite de cette intervention, la facilitatrice invite *S01* à réfléchir sur les facteurs qui ont favorisé l'émergence du sentiment de déstabilisation (stratégie *s'autoréguler*).

2.2 Interprétation des données qualitatives relatives à l'observation non participative de l'activité d'immersion clinique simulée

Les données issues de l'observation non participante aux étapes du breffage et aux étapes de débriefage lors des deux séances d'activités d'immersion clinique simulée viennent étayer plusieurs concepts explicités dans le cadre de référence concernant le transfert des apprentissages.

Comme le mentionnent Jeffries, Rodgers et Adamson (2015), pour qu'une activité d'immersion clinique simulée soit bénéfique, celle-ci doit, d'une part, être centrée sur les participantes et participants, et d'autre part, reposer sur un environnement expérientiel authentique, sur une saine collaboration entre les pairs et sur des interactions qui suscitent de la réflexion. À la suite de l'analyse des données, nous constatons de manière générale que le réalisme des scénarios utilisés a incité les participantes et participants à s'impliquer activement dans l'expérience de la simulation.

Nous remarquons que l'instauration d'un climat de confiance et sécuritaire par la facilitatrice avant la tenue de l'activité a motivé les participantes et participants à s'engager dans cette expérience significative. De plus, les interventions de la personne facilitatrice et l'instauration d'un climat propice aux échanges au cours de l'étape du breffage et de l'étape du débriefage ont encouragé les participantes et participants, entre autres, à explorer leurs connaissances antérieures et à réfléchir sur de pistes pouvant mener à la résolution de problèmes futurs. L'ensemble de ces interventions constitue, en soit, un acte de médiation effectuée par la facilitatrice entre les connaissances, l'agir professionnel et les participantes et participants en les incitant à la réflexion ainsi qu'à

l'exploration de leurs connaissances et des stratégies à utiliser pour résoudre le problème (Bizier, Fontaine et Moisan, 2005).

Puisque le transfert des apprentissages est intimement lié au contexte d'apprentissage et que celui-ci ne se produit pas de manière automatique (Tardif et Meirieu 1996), les interventions de la facilitatrice sont venues guider les participantes et participants dans les stratégies à privilégier pour résoudre la situation-problème (Brouillette et Presseau, 2004; Tardif, 1999). Les résultats démontrent que des apprentissages ont bel et bien été réalisés au cours des séances de l'activité d'immersion clinique simulée.

En effet, la mise en relief des sept processus impliqués dans le transfert des apprentissages, selon le modèle de Tardif (1999) avec les stratégies d'apprentissage, selon Bégin (2008) permet de constater, par l'intermédiaire d'indicateurs verbaux, que certaines stratégies cognitives et métacognitives utilisées par les participantes et participants aux cours des étapes du breffage et du débreffage ont concouru afin de favoriser la réalisation de nouveaux apprentissages.

Comme mentionné précédemment, « le transfert fait essentiellement référence au mécanisme cognitif qui consiste à utiliser dans une tâche cible une connaissance construite ou une compétence développée dans une tâche source » (Tardif, 1999, p. 58).

En ce qui concerne le premier processus, l'*encodage des apprentissages de la tâche source*, nous considérons qu'au moment d'expérimenter l'activité d'immersion clinique simulée, à l'étape du breffage, les participantes et participants détenaient un bagage de connaissances et de compétences issus principalement de leur formation professionnelle hors Canada. Étant inscrits à leur quatrième cours (*180-F94-VM Intervention infirmière en médecine-chirurgie II*) du programme CWA.0B, les participantes et participants ont réalisé d'autres apprentissages dans le cadre des cours suivis à l'intérieur de ce programme. Ainsi aucune stratégie n'a été examinée pour ce processus, car nous désirions plutôt examiner la contribution de l'activité d'immersion clinique simulée sur le transfert de nouveaux apprentissages acquis par les participantes

et participants. Toutefois, nous pensons que les interactions entre les pairs ainsi que le soutien de la facilitatrice, lors des étapes du breffage et du débriefage, ont eu un impact sur la réactivation de leurs connaissances en vue de résoudre la situation-problème et sur l'encodage des tâches.

Pour le deuxième processus, *représentation de la tâche cible*, qui s'opère à l'étape du breffage du cadre de référence présenté au Tableau 3, les données recueillies démontrent que l'attribution de sens au problème diffère quelque peu de ce qui était attendu dans le contexte, pour certaines participantes et certains participants. Lors du deuxième scénario (*Vomissements postopératoires*), la détermination de toutes les informations pertinentes à considérer et à comparer pour résoudre la situation-problème n'a pas été effectuée. Pourtant, ce processus est capital dans une démarche de résolution de problème (Tardif, 1999). Nous pouvons penser que le modèle mental provisoire qui a été créé à ce moment portait les traces du contexte initial de leurs apprentissages acquis (Presseau, 2000; Tardif, 1999; Tardif et Meirieu, 1996) à l'extérieur du Canada.

Pour le troisième processus, *l'accessibilité aux connaissances et aux compétences en mémoire à long terme*, les observations ne permettent pas à la chercheuse de préciser clairement comment l'activité d'immersion clinique simulée a contribué à ce processus. Des questions explicitement orientées sur les connaissances antérieures auraient probablement facilité le repérage de stratégies impliquées dans ce processus.

Pour ce qui est du quatrième processus, *mise en correspondance des éléments de la tâche cible, et de la tâche source* et du cinquième processus, *adaptation des éléments non correspondants*, ces deux processus n'ont pas fait l'objet explicite de notre étude.

Au cours de l'étape du débriefage, les participantes et participants ont été invités à un retour réflexif, entre autres, sur leurs interventions et sur leur approche lors de la simulation. Concernant le sixième processus, *l'évaluation de la validité de la mise en correspondance*, les résultats suggèrent qu'à la suite de leur réflexion quant aux actions posées lors de la simulation que certaines participantes et certains participants ont pris

conscience qu'un réajustement sera nécessaire afin d'acquérir une autonomie professionnelle qui leur permettra de pratiquer de manière compétente la profession infirmière dans le contexte québécois. De plus, les données recueillies démontrent que le réinvestissement des connaissances au cours d'une même séance de simulation a été bénéfique pour l'un des participants qui a expérimenté deux fois le même scénario. Cette autorégulation dans un contexte d'apprentissage expérientiel favorise la *génération de nouveaux apprentissages* (septième processus) par l'intermédiaire de la recontextualisation des connaissances et des compétences au moment opportun en contexte de soins.

Nous pouvons conclure que par l'intermédiaire d'un retour réflexif à l'étape du débriefage, l'activité d'immersion clinique simulée comme stratégie pédagogique a amené certaines participantes et certains participants, d'une part, à cibler les similitudes entre le contexte de transfert et le contexte initial de l'apprentissage (Basque, 2004; Tardif, 1999), et d'autre part, à adapter leur approche en vue de résoudre des situations-problèmes futures en contexte québécois.

2.3 Synthèse des données qualitatives de l'entrevue de groupe semi-dirigée

La quête d'une compréhension quant à la contribution de l'activité d'immersion clinique simulée sur le processus du transfert des apprentissages acquis par les étudiantes et étudiants inscrits dans le programme *Intégration à la profession infirmière du Québec* (CWA.0B) du Cégep Édouard-Montpetit constitue la pierre angulaire qui a guidé l'entrevue de groupe semi-dirigée. À cet égard, cette méthode de collecte de données fut choisie pour atteindre le troisième objectif de l'essai :

- Explorer les perceptions des étudiantes et étudiants sur leur expérience concernant la journée de l'activité d'immersion clinique simulée et sur les stratégies cognitives et métacognitives utilisées.

Pour cibler plus aisément les catégories d'actions qui démontrent l'utilisation, par les participantes et participants, de stratégies impliquées dans le transfert des apprentissages, la chercheuse s'est concentrée sur les indicateurs verbaux qui lui permettaient d'examiner l'utilisation des stratégies cognitives de traitement suivantes : la stratégie *sélectionner* et la stratégie *comparer*. En ce qui a trait à l'utilisation des stratégies cognitives d'exécution, la chercheuse a retenu la stratégie *évaluer*, la stratégie *produire* et la stratégie *traduire*. Enfin l'utilisation de la stratégie métacognitive *s'autoréguler* a aussi été examinée.

Pour enrichir les résultats de l'essai, la première question d'ordre général faisait référence à leur appréciation globale quant à leur expérience à l'égard de l'activité d'immersion clinique simulée. De façon générale, l'ensemble des participantes et participants ont apprécié cette expérience en raison du réalisme des scénarios et des apprentissages qui ont pu être réalisés. Tous mentionnent que l'activité d'immersion clinique simulée fut leur première expérience d'apprentissage sous cette forme. Une participante dit à ce sujet « La situation de la simulation, comme ça, est très proche de la réalité. C'est pas comme si nous étions ici pour discuter par rapport à notre pratique. C'est totalement différent parce que c'est très proche de la réalité. C'est très réaliste. » (S05, 00 : 10 :30)

N'étant pas familier avec l'activité d'immersion clinique simulée, ceci a contribué, pour trois participantes, à impacter de façon défavorable certaines de leurs interventions en raison, entre autres, de la méconnaissance de l'environnement physique, de la méconnaissance du matériel à utiliser, de la méconnaissance du dossier patient, des limites à respecter et de la contrainte du temps imparti pour réaliser la tâche. Il est à noter que deux participantes précisent qu'en milieu hospitalier leurs interventions et leur performance auraient été différentes, c'est-à-dire plus appropriées au contexte de soins. Au surplus, en raison d'un examen théorique qui était déjà prévu la veille de l'activité d'immersion clinique simulée, aucune participante et aucun participant n'avaient effectué les lectures suggérées présentées à l'annexe H en guise de préparation préalable à l'activité d'immersion clinique.

- **Les données qualitatives relatives à la stratégie cognitive de traitement**
sélectionner :

Concernant la stratégie cognitive de traitement *sélectionner*, nous constatons que la représentation de la tâche à effectuer fut quelque peu difficile pour certaines participantes et un participant, lors de l'étape du breffage. Une participante mentionne qu'en raison du temps imparti pour réaliser la tâche « [...] c'est comme si je dois faire tout, euh donc, je n'ai pas sélectionné le plus urgent, le plus pertinent. » (S04, 00 :01 :10)

Cette même participante juge que le temps était insuffisant pour lui permettre de bien se préparer en ce qui a trait au premier scénario (*Évaluation initiale de l'opéré*), puisqu'il y avait beaucoup d'informations à traiter. Elle mentionne à ce sujet

Moi personnellement pour le premier cas, j'ai trouvé le temps insuffisant pour me préparer. Donc j'ai pas eu le temps de lire tout, euh, la FADM, de voir ses traitements et tout. Donc, euh, voilà je trouve que je n'étais pas bien préparée par rapport au un. Mais dans le deuxième cas, c'était mieux. (00 :17 :00)

Par ailleurs, d'autres participantes vont dans le même sens en ajoutant que leur deuxième expérience de simulation était plus facile, car elles avaient suffisamment de temps pour se préparer et réactiver leurs connaissances, entre autres. De plus, elles pouvaient davantage anticiper ce qui était attendu d'elles, dans le cadre de l'activité. Ceci a contribué à accroître leur confiance dans la capacité à résoudre la situation-problème.

- **Les données qualitatives relatives à la stratégie cognitive de traitement**
comparer :

Concernant la stratégie cognitive de traitement *comparer*, une des questions du guide d'entrevue avait pour but de saisir quelles connaissances théoriques étaient davantage utilisées par les participantes et participants lors de l'activité d'immersion clinique simulée. Étaient-ce les connaissances théoriques acquises dans leur pays

d'origine ou celles acquises dans le cadre de leur formation dans le programme CWA.0B? Selon les interventions à privilégier en regard de la situation présentée, pour certains les connaissances théoriques dans leur pays d'origine ont été mises de l'avant, pour d'autres, ce sont les connaissances acquises dans le programme qui ont été mises de l'avant, car le contexte de pratique diffère au Québec.

S04 mentionne que durant son processus d'apprentissage actuel, elle observe un changement graduel concernant les connaissances théoriques qu'elle utilise pour réaliser des tâches. Rappelons qu'elle avait fait des études en médecine dans son pays d'origine.

Donc [...] c'est comme si beaucoup d'années, j'ai oublié d'intervenir en cas d'urgence. Donc, mais les connaissances que j'ai utilisées beaucoup plus c'est les concepts que j'ai étudiés ici, théoriques. Quand j'ai débuté le cours, j'avais beaucoup de connaissances [an]térieures que j'utilise, j'interviens dans le cours, et tout, mais actuellement, vers la fin, je trouve, c'est comme si c'était effacé, mes connaissances [an]térieures. Je me souviens beaucoup plus des dernières connaissances étudiées. (00 :27 :45)

La chercheuse tente d'avoir des précisions concernant les causes de ce changement. Questionnée à cet effet, elle dit constater un remplacement progressif de ses connaissances théoriques antérieures par de nouveaux apprentissages acquis dans le cadre de sa formation actuelle.

Je sais pas. Des fois je demande, je dis peut-être plusieurs années qui sont écoulées par rapport à mes études. Donc, j'ai oublié beaucoup de choses. Hum, ou bien c'est comme si un remplacement, je suis en train de remplacer des connaissances nouvelles aux anciennes. (*S04*, 00 :28 :03)

Par ailleurs, quant aux connaissances professionnelles, la chercheuse a voulu savoir comment leurs connaissances professionnelles acquises à l'extérieur du Québec ont permis de résoudre les problèmes présentés dans les deux scénarios.

Pour *S05*, l'utilisation de ses connaissances professionnelles acquises dans son pays d'origine lui a été utile lors de l'activité d'immersion clinique simulée, en raison de ses expériences cliniques acquises dans son pays d'origine.

Pour moi, c'était comme une façon automatique de travailler déjà. Parce j'ai vu qu'on perd pas la pratique [...]. Parce que quand on a déjà l'expérience on transfère l'expérience automatiquement. C'est un acte automatique, pour moi. Je n'avais pas besoin de penser, non je dois faire ça, ça. Non ç'a été automatique. (S05, 00 :59 :22)

Trois autres participantes et un participant mentionnent également que l'expérience professionnelle acquise dans leur pays d'origine a facilité l'application de certaines de leurs connaissances antérieures en contexte de simulation. Comme en témoigne cet extrait :

C'était mon expérience acquise dans mon pays d'origine que j'ai utilisé beaucoup plus. Euh, justement cet outil pédagogique qu'on a fait la simulation haute fidélité, c'est un outil très, très important. Parce que en un quart d'heure j'ai fait la théorie, j'ai révisé l'iléostomie, par exemple. Euh, au lieu de donner par exemple [mots inaudibles] trois heures. C'était un quart d'heure. C'était suffisant pour moi, rafraîchir mes connaissances. Après c'était la pratique. C'était vraiment important (S04, 01 :01 :33)

En ce qui a trait aux connaissances professionnelles acquises dans le cadre de leur formation dans le programme CWA.0B, S04 dit : « Les connaissances ici, je vois qu'elles sont plus à jour, plus fraîches. Donc, j'essaie de les utiliser [...] au profit de mes connaissances antérieures » (01 :04 :28). Ainsi, afin de résoudre des situations problématiques rencontrées, nous constatons que cette participante s'est construit un nouveau modèle mental pour faire face aux nouvelles situations recontextualisées.

S01 mentionne, pour sa part, que certains de ses apprentissages ont été réalisés grâce à des cours qu'il a suivis dans sa formation actuelle. Il dit : « Il y a des choses que c'est ici que j'ai appris. [...] quand je faisais le cours de biologie [...] on a parlé de stomie dans mon pays [...], mais dans ma pratique, je n'ai jamais traité une stomie [...]. C'est ici que j'ai appris ça. » (01 :05 :22)

En raison des pratiques différentes, il indique également que des apprentissages (stratégie *traduire*) ont été réalisés grâce au deuxième scénario (*Vomissements postopératoires*) de simulation quant à la façon de collaborer et de communiquer avec

les membres de la famille d'un patient. Il dit : « c'est ici, j'ai appris comment communiquer [avec], la famille. » (01 :05 :22)

S05 va dans le même sens que *S01* en précisant l'importance de l'apprentissage de la culture sociale et professionnelle.

Moi aussi je suis d'accord avec [*S01*]. Je pense que c'est pas juste la langue qu'on doit faire le transfert. La langue vient avec la culture aussi. Donc, comment s'adresser aux personnes? Comment les choses fonctionnent au niveau culturel dans le domaine de la santé? C'est ça le plus important d'apprentissage ici (*S05*, 01 :06 :40).

- Les données qualitatives relatives à la stratégie cognitive d'exécution *évaluer* :

Concernant la stratégie cognitive d'exécution *évaluer*, la chercheuse a voulu savoir, dans un premier temps, les facteurs qui ont favorisé le transfert de leurs apprentissages lors de l'activité d'immersion clinique simulée.

S01 et *S03* donnent en exemple la situation dans laquelle ils devaient collaborer avec l'épouse du mannequin haute fidélité. Selon eux, la complémentarité qui existe entre les apprentissages réalisés dans leur pays d'origine et les apprentissages réalisés dans le cadre de leur formation actuelle ont favorisé le transfert de leurs apprentissages lors de l'activité d'immersion clinique simulée.

S05 mentionne également que toutes ses formations ont facilité le transfert de ses apprentissages lors de l'activité. Toutefois, elle précise que l'apprentissage du vocabulaire utilisé pour s'exprimer dans le contexte professionnel québécois a été acquis dans le cadre de la formation actuelle.

Moi, je pense mes connaissances antérieures et mon expérience antérieure m'ont aidé plus. Mais la formation au cégep, je pense que avec cette formation là je peux faire le transfert de mes connaissances antérieures pour ici. Parce que, il y a la langue, il y a les termes qu'on doit utiliser. Que si je

ne faisais pas la formation cégep, je ne serais pas capable de travailler ici.
(00 : 39 :28)

Par ailleurs, nous observons que certaines participantes et certains participants explicitent les écarts qu'ils observent lors de la recontextualisation des leurs apprentissages en contexte de simulation. En ce qui concerne l'approche à privilégier dans le but d'établir une communication aidante avec la famille et le patient, *S04* révèle les dissimilitudes existantes entre son pays d'origine et ce qu'elle a pu observer dans le cadre de sa formation dans le programme CWA.0B.

[...] dans mon pays d'origine et ici, actuellement au Québec, c'est très différent, euh dans mon pays d'origine on a une tendance à consoler [...] on donne beaucoup de faux réconfort. Donc ici, quand je suis en face du patient ou bien sa famille, je m'observe beaucoup pour ne pas donner de faux réconforts, et tout. Donc, je bloque, je trouve des moments que je me bloque des fois. Je trouve pas quoi dire, parce que j'ai pas l'habitude. Je fais une introspection pour ne pas faire des obstacles à la communication. [...] Comme j'ai dit, j'ai une habitude de consoler, de calmer le patient. (00 :34 : 58)

Toujours concernant la stratégie cognitive de traitement *évaluer*, la chercheuse a voulu savoir, dans un deuxième temps, les facteurs qui ont nui au transfert de leurs apprentissages lors de l'activité d'immersion clinique simulée.

Pour *S06* aucun facteur n'a nui de façon directe au transfert de ses apprentissages lors de l'activité. Toutefois, il fait allusion à la barrière linguistique qu'il a eu à surmonter et à une approche des soins qu'il qualifie de « plus douce », c'est-à-dire, une approche moins directive que dans son pays d'origine qu'il doit privilégier au Québec.

S05 dit constater que dans sa formation actuelle, beaucoup de place est accordée à l'enseignement théorique. Elle aurait souhaité avoir plus d'occasions pour le transfert de ses nouveaux apprentissages quant au rôle qu'elle doit assumer en tant qu'infirmière au Québec. Elle se demande : « Qu'est-ce que le Québec [s']attend d'une infirmière formée hors Québec? » (00 :47 :10). Selon ses dires, le fait de rester sans réponse a déjà

généralisé du stress chez elle. De plus, cela l'a mené à réfléchir sur la poursuite ou non de sa formation dans le programme CWA.0B. Au cours de l'activité d'immersion clinique simulée, elle mentionne que cette question l'habitait également, car sa connaissance du rôle d'une infirmière au Québec n'est pas clairement définie.

Selon ce qui précède, S04 mentionne : « J'aurais aimé qu'il y ait plus de pratique et moins de théorie. Ce sera plus facile pour nous d'aborder le marché du travail. Parce que la théorie, on a reçu toute la théorie. Avec le temps on oublie quelques choses. » (00 :51 :08)

Par ailleurs, en plus des occasions de transfert en situations authentiques limitées, pour expliquer les facteurs qui ont nui au transfert de ses apprentissages lors de la journée d'activité d'immersion clinique simulée, une participante fait référence à l'urgence ressentie pour compléter le programme de formation CWA.0B. À cela s'ajoute la perte du statut d'infirmière et les impacts émotionnels que génère le deuil d'avoir tout laissé dans son pays d'origine. De plus, elle déplore le fait qu'elle ne puisse pas avoir la possibilité de travailler à titre de préposée aux bénéficiaires en attendant de compléter sa formation dans le programme CWA.0B.

Comment est-ce que je ne peux pas même travailler comme une préposée? Dans mon cas, je suis pressée pour finir. Je veux finir très vite, pour commencer à travailler. Pour retrouver ma profession [...] On est pressé pour finir, on veut faire ça vite parce que personnellement, financièrement, on a besoin, mais aussi, on a besoin de réconfort [...] C'est la peur. On doit ajouter toute la peur réelle qu'on a eue en laissant notre pays, la famille, toutes les amies, tout ça. (S03, 00 :53 :06)

- **Les données qualitatives relatives à la stratégie cognitive d'exécution *produire* :**

Concernant la stratégie cognitive d'exécution *produire*, nous constatons que la reconnaissance du problème fut difficile pour quelques participantes et participants. Un participant mentionne que la verbalisation répétitive des préoccupations du mannequin

haute fidélité l'a empêché de faire des liens qui lui auraient permis d'exercer son jugement clinique pour cibler les interventions appropriées dans ce contexte.

S06 (00 :06 :00) : Il m'empêchait de faire plus de liens, parce que, j'étais comme, il se plaint, il se plaint, il se plaint. Fait que moi, je focussais sur le temps qu'il se plaignait à répétition sur la même chose. Fait que ça m'empêchait de faire plus de liens, parce que j'étais plus en pensant sur le fait qu'il se plaignait que sur la plainte comme telle. Fait que, un moment donné, oui euh, j'avais beaucoup d'hypothèses à cause de son étourdissement [...] j'ai trouvé que ça m'empêchait de faire comme plus de liens ou plus d'interventions.

Par ailleurs, pour justifier le fait que la reconnaissance du problème était ardue, il se questionne du fait que l'enseignante qui prêtait sa voix au mannequin haute fidélité aurait pu vouloir le guider dans ses interventions. À cet effet, il mentionne « J'étais comme, est-ce que c'est par son anxiété qu'elle répète ou parce qu'elle est en train de me dire d'autres choses? [...] Fait que j'étais comme, c'est ça qui me brouillait un peu là. » (00 :08 :00)

De surcroît, cette situation de recontextualisation a contribué à déstabiliser (conflit cognitif) *S01* qui dit « [...] surtout pour le deuxième scénario (*Vomissements postopératoires*), on avait des priorités qu'on avait déjà ciblées [...] comment diversifier tes interventions pour pouvoir gérer le fait que la madame s'est introduite dans la scène? » (00 :13 :41).

- Les données qualitatives relatives à la stratégie cognitive d'exécution traduire :

Concernant la stratégie cognitive d'exécution *traduire*, *S01* mentionne que l'activité d'immersion clinique simulée lui a permis de réaliser plusieurs apprentissages. Entre autres, il dit avoir pris conscience de l'importance du travail en équipe et des connaissances qu'il lui restait à acquérir afin de mieux planifier les soins en vue d'intervenir efficacement en situation d'urgence. De plus, cette expérience a fait émerger chez lui des émotions insoupçonnées, selon lui.

S01 (00: 02: 31) : C'était vraiment intéressant [...] ça m'a aidé à trouver là où je manque l'information, que je manque beaucoup plus dans la pratique [...] Comment organiser mon travail, comment travailler en équipe, et tout ça. Donc, c'était les choses que moi, je ne prêtais pas trop attention à ça, mais quand la simulation, le premier, le deuxième patient ç'a m'a révélé, ç'a ouvert ma tête que oh! Toi, tu connais pas comment on organise le travail en équipe, tu ne connais pas comment on réagit quand quelque chose urgent sans avoir planifié. Donc ça m'a beaucoup aidé dans ce cas.

Par ailleurs, le fait qu'il ait pu expérimenter deux fois le même scénario et qu'il ait pu voir la deuxième dyade à l'œuvre, cela a contribué à ce qu'il puisse bonifier ses interventions lorsque son tour est venu à nouveau.

[...] mes interventions changent beaucoup. Parce que y a des choses que si tu étais en premier tu pouvais faire les erreurs. Mais dès que tu vois quelqu'un faire [...], tu vois ce qu'elle a fait bien et les erreurs qu'elle a faits, et maintenant quand tu entres après avoir déjà vu la simulation, tes interventions ça change. (*S01*, 00 :18 :24)

S05, souligne l'importance de la réflexion dans tout processus d'apprentissage. Le fait d'avoir également vu ses collègues en action lui a permis de réfléchir sur les actions qu'elle aurait elle-même à poser. Elle mentionne que de se voir elle-même en action lui aurait permis de jeter un regard critique sur ses interventions dans le but qu'elle puisse les bonifier et s'améliorer.

J'ai beaucoup aimé l'expérience parce que c'est une façon de réfléchir. Parfois, on travaille beaucoup, et on réfléchit pas. Et dans cette expérience, il y a une chose très importante que je pense, c'est important pour la réflexion, c'est de voir. Quand nous étions hors de la salle, on pouvait voir les autres qui étaient en train de faire les choses. C'était très enrichissant. Mais, je pense qu'on pourrait aussi voir nous-mêmes après [...] on pourrait voir les choses qu'on fait et avoir regard plus critique. (*S05*, 00 :8 :51)

- Les données qualitatives relatives à la stratégie métacognitive *s'autoréguler* :

Concernant la stratégie métacognitive *s'autoréguler*, deux sujets ont été largement abordés par les participantes et participants soit la collaboration de la famille dans les soins d'un patient, puis la barrière linguistique.

La majorité des participants souligne qu'il leur sera nécessaire d'adapter leurs approches professionnelles quant à l'implication des familles aux soins des patients, car elle observe des dissimilitudes en ce qui a trait à ce qui se fait dans le pays d'origine et au Québec (contexte de recontextualisation) où les familles occupent une grande place dans les soins à prodiguer aux patients. *S03* dit « Par exemple, chez nous [...] quand on travaille avec le patient, on fait sortir la famille. Ça, c'est une chose nouvelle que je dois apprendre à faire ici » (00 :36 :34). Elle mentionne, par ailleurs que lors d'un stage en milieu hospitalier qu'elle a eu l'occasion de mettre en pratique des apprentissages qu'elle a réalisés dans le cadre de sa formation dans le programme CWA.0B en ce qui a trait à la collaboration avec la famille pour les soins du patient. Elle considère que c'était une opportunité inouïe, car ces occasions ne se présentent pas souvent en stage.

S03 (00 : 38 : 14) : [...] j'ai commencé à le faire dans le stage, c'était correct parce que j'ai eu la chance que la fille du patient était très, très gentille [...] elle me donnait des remerciements parce que elle était contente de la façon que je le soignais son père [...] on ne va pas avoir tout le temps cette chance.

L'apprentissage et la maîtrise de la langue française furent soulevés comme étant primordiaux par l'ensemble de participantes et participants. Une barrière linguistique engendre, selon eux, de l'anxiété, de la nervosité et du stress lorsqu'ils n'arrivent pas à se faire comprendre. De plus, cela ne facilite pas l'instauration d'un lien de confiance avec les patients ainsi que leur famille.

- **Questions finales d'ordre général :**

Au terme de l'entrevue, la chercheuse a demandé aux participantes et aux participants d'exprimer leur point de vue sur des changements qui pourraient être apportés à la formation du programme CWA.0B afin de faciliter le transfert des apprentissages en milieu clinique.

Plusieurs sont d'accord pour dire que les activités qui leur sont proposées dans le programme doivent leur permettre de résoudre des problèmes dans l'action. Bien que trois participantes et un participant se disent relativement prêts à intégrer le marché du travail, et ce, grâce à la formation en cours dans le programme CWA.0B, la majorité déplore le peu d'occasions qui leur sont offertes afin de réinvestir les apprentissages nouvellement acquis dans le programme CWA.0B dans la pratique.

S04 mentionne à cet effet, d'une part, que les occasions de pratique sont limitées en laboratoire, et d'autre part que le nombre de journées de stage est insuffisant.

Je me sens prête grâce à mon expérience acquise dans mon pays d'origine. Et, grâce à cette formation. Donc, je vois que c'est facile d'aborder le marché pour moi. Il me manque toujours par rapport à la pratique. Il me manque beaucoup de choses. Euh, toujours l'erreur, il manque de la pratique au labo, et le manque de jours qu'on fasse à l'hôpital. (01 :13 :28)

Pour conclure, la chercheuse a offert la possibilité aux participantes et aux participants l'occasion d'ajouter des informations complémentaires jugées, à leurs yeux, pertinentes pour enrichir cette entrevue.

S01 s'empresse à dire :

Il faut apporter le mannequin ici, pour le futur. Parce que vraiment! Même si nous, nous ne serons plus là [...], mais vraiment l'expérience de 15 minutes 2 fois que j'ai eu au Cégep Gérald-Gouin avec le mannequin, c'est vraiment quelque chose d'inoubliable. Et vraiment, j'imagine d'autres étudiants aussi qui ont peut-être les mêmes faiblesses que moi. Comment ils pourront aussi apprécier ça si on avait ça ici, vraiment, c'est vraiment haute fidélité! (01 :16 :26)

Plusieurs sont d'accord avec les dires de *S01*, car selon eux l'activité d'immersion clinique simulée viendrait faciliter le développement de leurs compétences professionnelles en contexte québécois.

S05 mentionne pour sa part :

Je trouve que ça serait très aidant que l'approche pédagogique change. Parce que dans l'approche pédagogique qu'on a ici maintenant [mots inaudibles] beaucoup, beaucoup de théorie, peu de pratique. Ça ne sert à rien avoir un mannequin comme ça. On doit travailler sur les mannequins, on doit avoir des heures de labo avec le mannequin et la pratique et moins de théorie. La théorie peut sortir de la pratique, pas le contraire. (01 :17 :19)

S01 poursuit en ajoutant « Surtout, on est déjà infirmière [...]. On a déjà fait ces cours théoriques et tout ça. Donc la partie que je pense que le Québec pouvait faire sortir de nous, maintenant, c'était la pratique au contexte québécois. Pas encore les théories. » (01 :17 :57)

2.4 Interprétation des données qualitatives relatives à l'entrevue de groupe semi-dirigée

Relativement au troisième objectif spécifique de recherche, cette section présente l'analyse des résultats obtenus quant à l'expérience globale des participantes et participants concernant la journée de l'activité d'immersion clinique simulée. De plus, bien que les participantes et participants étaient à leur première expérience avec ce type d'activité et que la méconnaissance de l'environnement entourant la simulation était observable, des stratégies cognitives et métacognitives impliquées dans le processus du transfert des apprentissages ont pu être examinées et analysées par l'intermédiaire des réponses fournies par les participantes et participants. Ce qui contribue à apporter des réponses à la question générale de recherche que nous rappelons à nouveau : Comment une activité d'immersion clinique simulée contribue-t-elle au transfert de nouveaux apprentissages acquis par les étudiantes et étudiants inscrits dans le programme

Intégration à la profession infirmière du Québec (CWA.0B) du Cégep Édouard-Montpetit?

En général, l'analyse des données qualitatives recueillies fait ressortir que l'activité d'immersion clinique simulée fut considérée par les participantes et participants comme étant une stratégie pédagogique détenant le potentiel de les amener à développer des compétences qui leur permettraient d'assumer leur rôle d'infirmière et d'infirmier en contexte québécois.

Les prochains paragraphes résument les résultats obtenus en lien avec le modèle intégré d'une adaptation des étapes de l'activité clinique simulée avec les sept processus cognitifs impliqués dans la dynamique du transfert des apprentissages, selon Tardif (1999) ainsi que certaines stratégies d'apprentissage issues de la taxonomie de Bégin (2008), tel que présenté dans le cadre de référence.

Concernant les stratégies cognitives de traitement *sélectionner et comparer*, utilisées à de l'étape du débriefage ou du briefage, les résultats laissent croire que le premier scénario (*Évaluation initiale de l'opéré*), bien qu'il soit une situation d'apprentissage authentique, semblait quelque peu complexe pour une première expérience en raison de multiples informations à traiter. Toutefois, en ce qui a trait au deuxième scénario (*Vomissements postopératoires*), la participation à une deuxième activité d'immersion clinique simulée semble avoir impacté favorablement certaines de leurs actions qui ont été posées afin qu'elles et qu'ils soient plus efficaces dans leurs interventions. Nous pouvons croire que cette deuxième participation a contribué à bonifier la représentation de la tâche cible en les amenant à déterminer plus judicieusement, entre autres, « le but final ou l'état désiré, les contraintes à respecter ainsi que les données du problème » (Tardif, 1999, p. 77). De surcroît, nous pouvons prétendre que des apprentissages réalisés au cours de la première activité de simulation ont été réutilisés dans le cadre du deuxième contexte de simulation, car l'expérience vécue a généré un nouveau savoir qui à son tour a été validé à l'intérieur d'une nouvelle situation recontextualisée.

Par ailleurs, des participantes et participants mentionnent que l'accessibilité à leurs connaissances et à leurs compétences professionnelles acquises dans leur pays d'origine a concouru dans le but de leur permettre de résoudre la situation-problème. Une participante avance qu'un remplacement progressif de ses connaissances théoriques acquises lors de sa formation initiale par de nouvelles connaissances acquises dans le programme de formation CWA.0B est en train de s'effectuer. Nous pouvons croire que l'expérimentation d'une deuxième simulation amène cette participante à avoir une meilleure compréhension de la situation-problème présentée en repêchant dans sa mémoire des compétences ayant *a priori* déjà été mobilisées lors de résolutions de problèmes antérieurs (Presseau, 2004). Ce qui contribua au transfert de ses apprentissages. Comme explicité dans le cadre de référence, pour qu'il y ait un développement de compétences, une actualisation de celles-ci est exigée dans divers contextes afin d'arriver à une construction de nouvelles compétences ou à une modification des compétences que la personne possède déjà.

Pour une participante, nous observons selon ses dires qu'elle n'a fait qu'effectuer l'application de plusieurs connaissances acquises dans son pays d'origine en raison de la similarité des tâches présentées lors de la journée d'activité d'immersion clinique simulée et de ses expériences cliniques vécues dans le pays d'origine.

Concernant les stratégies cognitives d'exécution *évaluer, produire et traduire*, utilisées à l'étape du débriefage, les résultats démontrent que l'activité d'immersion clinique simulée a permis à des participantes et participants de créer de nouveaux apprentissages en ce qui a trait, entre autres, à la façon dont il est souhaitable de collaborer et de communiquer avec les membres de la famille d'un patient au Québec. Notamment, pour le deuxième scénario (*Vomissements postopératoires*) qui s'avère une situation d'apprentissage complexe, contextualisée et signifiante, nous pouvons prétendre qu'il a induit en quelque sorte un conflit cognitif qui a ébranlé les connaissances antérieures de quelques participantes et un participant. Ce conflit cognitif est nécessaire dans le but de les amener vers l'atteinte d'un nouvel équilibre cognitif.

Par ailleurs, nous constatons qu'une certaine confusion a déstabilisé un des participants quant à l'hypothèse à privilégier pour résoudre la situation-problème du premier scénario (*Évaluation initiale de l'opéré*). Nous pouvons penser que des expériences antérieures avec l'environnement de la simulation auraient facilité le repérage des interventions adaptées à la situation clinique du mannequin haute fidélité. En effet, une préparation adéquate et un degré d'expertise plus élevé pour progresser dans l'environnement de la simulation auraient fort probablement influencé la manière dont les participantes et les participants devaient évoluer dans ce nouveau contexte d'apprentissage.

Concernant la stratégie métacognitive *s'autoréguler*, utilisée à l'étape du débriefage, certaines réponses recueillies révèlent que l'activité d'immersion clinique simulée a fait émerger chez les participantes et participants l'utilité de nouvelles connaissances à acquérir dans leur processus de résolution de problème. De plus, étant soumis à un contexte de recontextualisation de leurs apprentissages, les participantes et participants prennent conscience de l'importance d'acquérir de nouvelles connaissances afin de mieux adapter leurs interventions aux exigences des diverses situations professionnelles futures.

Dans le même ordre d'idée, une participante souligne que l'acquisition de nouveaux apprentissages passe par un processus réflexif de l'action et sur l'action. Bien qu'elle ait pu visionner ses pairs en action, elle considère que de se voir elle-même dans l'action viendrait enrichir et consolider davantage ses apprentissages, entre autres, à l'égard du rôle que l'infirmière du Québec doit assumer. Ceci rejoint l'essence même de l'apprentissage expérientiel qui vise à susciter chez les apprenantes et apprenants une construction de nouveaux apprentissages par l'intermédiaire d'une réflexion critique en vue du transfert des apprentissages au moment opportun dans des situations diversifiées. Ainsi, leur autonomie dans leur démarche de résolution de problèmes se verrait donc favorisée. Nous pouvons croire qu'une meilleure compréhension du rôle de l'infirmière et de l'infirmier en contexte québécois pourrait s'acquérir par l'intermédiaire de l'activité d'immersion clinique simulée. Également, l'intégration de séances de breffage

et de débriefage individuelles en contexte de stage contribuerait, selon nous, à favoriser la consolidation des apprentissages réalisés au cours du stage. Afin que cette stratégie soit bénéfique, il est important de rappeler que ce sont les enseignantes et enseignants ayant été formés pour guider les étudiantes et les étudiants dans un contexte réflexif qui seraient appelés à utiliser de façon judicieuse cette stratégie.

Enfin, quant à l'anxiété et d'autres impacts que peut générer la barrière linguistique, cette recherche ne peut se prononcer explicitement sur les bienfaits de l'activité d'immersion clinique simulée. Toutefois, nous croyons que cette activité contribuerait à susciter et à maintenir la motivation des apprenantes et apprenants à rester engagés dans leur processus d'apprentissage, car elle contribuerait à leur permettre de construire un nouveau bagage de connaissances et de compétences en ce qui a trait aux pratiques sécuritaires en soins infirmiers en contexte québécois.

En somme, nous pouvons penser que les activités d'immersion clinique simulée qui utilisent des scénarios validés et préalablement testés, selon les normes de pratique exemplaire de l'INACSL (2016*a*; 2016*b*), pourraient mieux préparer les étudiantes et étudiants inscrits dans le programme CWA.0B à faire face à de multiples situations professionnelles en contexte de soins québécois, et ce, par leur influence sur le transfert de certains nouveaux apprentissages acquis au cours de leur formation.

CONCLUSION

Afin de pouvoir intégrer la profession infirmière au Québec, les IIDHC doivent démontrer au terme de leur formation dans le programme CWA.0B leur capacité à occuper pleinement leur champ d'exercice et à remplir un rôle crucial quant à « l'évaluation, la surveillance clinique et le suivi infirmier » (OIIQ, 2018, p.7) de personnes ayant des besoins spécifiques en matière de santé au Québec.

La problématique de l'essai a mis en exergue différentes difficultés qui contribuent à nuire au transfert des apprentissages des IIDHC en milieu de stage clinique québécois. De fait, les barrières communicationnelles et linguistiques ainsi que les pratiques professionnelles et technologiques différentes sont quelques-unes des difficultés qui nuisent à la décontextualisation et à la recontextualisation de leurs apprentissages en stage clinique dans un contexte de pratique infirmière québécoise.

La recension des écrits a révélé que l'activité d'immersion clinique simulée pouvait proposer de multiples situations de transfert dans lequel il était possible de décontextualiser et recontextualiser les apprentissages. Ces dernières constituent deux étapes importantes pour soutenir le transfert des apprentissages des IIDHC dans une variété de situations cliniques. Pour mieux comprendre l'influence de l'activité d'immersion clinique simulée sur le transfert des apprentissages, l'essai visait à répondre à la question générale de recherche qui se lit comme suit : Comment une activité d'immersion clinique simulée contribue-t-elle au transfert de nouveaux apprentissages acquis par les étudiantes et étudiants inscrits dans le programme *Intégration à la profession infirmière du Québec* (CWA.0B) du Cégep Édouard-Montpetit?

Pour constituer l'assise principale du cadre de référence sur lequel l'essai s'est appuyé, la recension des écrits nous a permis d'explicitier les étapes liées à l'activité d'immersion clinique simulée, selon Jeffries (2012), les processus impliqués dans le

transfert des apprentissages, selon Tardif (1999) et les stratégies d'apprentissage issues de la taxonomie de Bégin (2008). Pour réaliser cette recherche-expérimentation (Paillé, 2007) avec une posture épistémologique qualitative/interprétative dans une approche descriptive, trois objectifs spécifiques ont été définis : 1) Observer, lors de l'activité d'immersion clinique simulée, des actions visibles démontrant l'utilisation de stratégies impliquées dans le transfert des apprentissages par les étudiantes et étudiants; 2) Recueillir, lors de l'activité d'immersion clinique simulée, des indicateurs verbaux démontrant l'utilisation de stratégies impliquées dans le transfert des apprentissages par les étudiantes et étudiants; 3) Explorer les perceptions des étudiantes et étudiants sur leur expérience concernant la journée de l'activité d'immersion clinique simulée et sur les stratégies cognitives et métacognitives utilisées.

L'expérimentation a été menée auprès de participantes (n = 4) et participants (n = 2) inscrits dans le programme CWA.0B. Les données qualitatives recueillies pour des fins d'analyse ont été obtenues au moyen de l'observation non participante des participantes et participants lors de la journée de l'activité d'immersion clinique simulée, d'une entrevue de groupe semi-dirigée qui s'est tenue après l'expérimentation d'une journée de simulation et à l'aide de notes prises par la chercheuse dans son journal de bord.

Les résultats de l'analyse des données qualitatives de l'observation non participante de la chercheuse révèlent que les participantes et participants, qui étaient à leur première expérience d'apprentissage avec l'activité d'immersion clinique simulée, se sont engagés activement dans cette activité. En raison, entre autres, d'un climat de confiance et sécuritaire instauré par la facilitatrice avant la tenue de l'activité et en raison du réalisme des scénarios pédagogiques. Comme mentionné dans le cadre de référence, pour le développement de certaines compétences relatives à la profession infirmière, la construction de certains apprentissages doivent se réaliser dans l'action par l'intermédiaire de l'accomplissement de gestes concrets à l'intérieur de situations réelles de soins ainsi que par des interactions que les apprenantes et apprenants entretiennent avec leurs pairs, la personne-ressource ainsi qu'avec l'environnement.

Ainsi, la mise en relief des sept processus impliqués dans le transfert des apprentissages, selon Tardif (1999), démontrent, dans une certaine mesure, l'influence que peut avoir l'activité d'immersion clinique sur le transfert des apprentissages des IIDHC. Nous constatons que des apprentissages ont été réalisés au cours des séances de l'activité d'immersion clinique simulée. En outre, l'activité d'immersion clinique simulée a facilité une réflexion dans l'action et sur l'action professionnelle, deux étapes essentielles pour tendre vers une autonomie dans la démarche de résolution de problèmes (Duchesneau, Lachaine et Provost, 2012). D'autre part, les résultats ont démontré que le réinvestissement des connaissances au cours d'une même séance de simulation peut s'avérer bénéfique. En effet, ceci a amené un participant à s'autoréguler afin de bonifier ses interventions au cours d'une deuxième simulation identique subséquente.

En outre, les résultats de l'entrevue de groupe semi-dirigée nous ont permis d'examiner et d'analyser les stratégies cognitives et métacognitives impliquées dans le processus du transfert des apprentissages. Ces stratégies sont indispensables pour réaliser des apprentissages dans le but de résoudre des situations-problèmes. En plus de permettre la recontextualisation des apprentissages, l'activité d'immersion clinique simulée pourrait, grâce au conflit cognitif qu'elle est en mesure d'induire chez les IIDHC, les amener à avoir une meilleure compréhension de la situation-problème présentée en repêchant dans leur mémoire des compétences ayant déjà été mobilisées lors de résolutions de problèmes antérieurs. De plus, l'activité d'immersion clinique simulée a la capacité de faire prendre conscience aux IIDHC de l'utilité d'acquérir de nouvelles connaissances dans un processus de résolution de problème.

Nous pouvons supposer que l'utilisation de scénarios validés et préalablement testés, qui respectent les normes de pratique exemplaire de l'INACSL (2016a; 2016b), pourrait mieux préparer les IIDHC à faire face à de multiples situations professionnelles en contexte de soins québécois en leur permettant, entre autres, de développer des compétences communicationnelles attendues dans le cadre de l'exercice de la profession

infirmière au Québec et de se familiariser au rôle de l'infirmière et de l'infirmier tel qu'exiger par le cadre législatif de la pratique professionnelle au Québec.

En somme, dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre du personnel infirmier où l'intégration dans le réseau de la santé du Québec d'IIDHC ayant un bagage culturel et professionnel différent s'avère une alternative, les résultats de l'essai nous permettent de proposer une piste intéressante de recherche qui nous croyons pourrait s'avérer pertinente et bénéfique dans le domaine de l'enseignement au collégial. En effet, nous croyons que des recherches portant sur la recontextualisation des nouveaux apprentissages des participantes et participants ayant expérimenté deux fois le même scénario au cours d'une même séance de simulation pourraient apporter des réponses utiles quant à l'incidence de cette pratique sur le taux de réussite des IIDHC en stage clinique.

1. LES RETOMBÉES

Compte tenu de ce qui précède, nous pouvons conclure que le cadre de référence sur lequel s'est appuyé l'essai et l'approche méthodologique privilégiée pour mener l'étude ont permis de répondre à la question générale ainsi qu'aux objectifs spécifiques de recherche. En effet, tout en justifiant et soutenant les décisions de la chercheuse, la triangulation des méthodes de collecte de données a permis d'assurer la fiabilité et la validité des données recueillies. À ce propos, nous avons pu constater l'émergence de liens à l'issue des diverses comparaisons effectuées entre les diverses données qualitatives recueillies.

Les résultats démontrent que l'activité d'immersion clinique simulée peut contribuer favorablement au transfert de nouveaux apprentissages acquis par les IIDHC inscrits dans le programme *Intégration à la profession infirmière du Québec* (CWA.0B) du Cégep Édouard-Montpetit. Puisque la chercheuse a fourni au lectorat des informations claires et précises quant au contexte de l'essai et aux choix méthodologiques retenus, nous croyons que celui-ci sera en mesure de porter un

jugement critique quant à la transférabilité des conclusions de cet essai à d'autres contextes.

2. LES LIMITES DE L'ESSAI

Bien que la chercheuse ait fait tout ce qui était en son pouvoir afin d'assurer la rigueur scientifique du processus de recherche, des biais possibles ont été identifiés : la subjectivité de la chercheuse; la désirabilité sociale des participantes et participants; la formation antérieure ainsi que des expériences professionnelles hétérogènes des participantes et participants; le nombre restreint de participantes et participants retenus pour l'expérimentation; la méconnaissance des participantes et participants de l'environnement entourant l'activité d'immersion clinique simulée; le problème technique relatif à l'enregistrement vidéo de certaines données dans l'environnement *Learning Space*.

En ce qui a trait à la subjectivité de la chercheuse, des mesures ont été prises afin de minimiser ce biais possible. En effet, toutes les données qualitatives ont été organisées et codifiées en unité de sens avant leur interprétation. Pour ce qui est de la désirabilité sociale des participantes et participants, dans le but de limiter l'insertion de biais relatifs à la volonté des participantes et des participants de plaire à la chercheuse, et au désir des participantes et des participants de participer pour des fins personnelles, la triangulation de trois méthodes de collecte des données fut privilégiée.

Nous sommes d'avis que le nombre restreint de participantes et participants retenus pour l'expérimentation et que leur formation antérieure et leurs expériences professionnelles hétérogènes ont pu avoir une incidence sur les résultats obtenus. En raison de contraintes dans le choix et de la taille de l'échantillon, la sélection d'un échantillon plus large et plus homogène nous a été impossible.

Par ailleurs, la méconnaissance des participantes et participants de l'environnement entourant l'activité d'immersion clinique simulée a impacté défavorablement, selon leurs perceptions, certaines de leurs interventions.

Enfin, concernant le problème technique relatif à l'enregistrement vidéo de certaines données dans l'environnement *Learning Space*, nous croyons que le recours à deux autres méthodes de collecte de données a contribué à limiter l'impact de cette perte sur les résultats de la recherche.

3. LES PERSPECTIVES FUTURES

En général, les résultats démontrent que l'activité d'immersion clinique simulée constitue une stratégie pédagogique qui peut favoriser l'adaptation des compétences professionnelles des IIDHC à l'aide de scénarios fictifs réalistes dans un environnement technologique sécuritaire, et ce, en leur permettant de mobiliser différents savoirs et stratégies cognitives et métacognitives en vue de la résolution d'une situation problématique contextualisée.

En substance, afin de favoriser le transfert de nouveaux apprentissages acquis dans le programme CWA.0B, nous formulons quatre recommandations : 1) permettre aux étudiantes et étudiants d'expérimenter deux fois le même scénario afin de favoriser la recontextualisation de leurs nouveaux apprentissages au cours d'une même séance de simulation; 2) soumettre les étudiantes et étudiants à des scénarios leur permettant de développer leurs compétences relatives : - à la communication; -au travail d'équipe interdisciplinaire et multidisciplinaire; -à la culture professionnelle québécoise; 3) permettre aux étudiantes et étudiants de visionner leurs interventions effectuées lors de la simulation 4) intégrer des séances de breffage et de débriefage individuels en contexte de stage clinique; 5) former dans le programme CWA.0B une équipe stable d'enseignantes et d'enseignants au rôle de facilitateur.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Barbeau, D., Montini, A. et Roy, C. (1997). *Tracer les chemins de la connaissance*. Montréal : AQPC.
- Basque, J. (2004). Le transfert d'apprentissage : qu'en disent les « contextualistes »? In A. Presseau et M. Frenay (dir.), *Le transfert des apprentissages : Comprendre pour mieux intervenir* (p. 49-76). Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval.
- Beaud, J.-P. (2016). L'échantillonnage. In B. Gauthier et I. Bourgeois (dir.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (p. 251-286) (6^e éd.). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec (1^{re} éd. 1984).
- Bégin, C. (2008). Les stratégies d'apprentissage : un cadre de référence simplifié. *Revue des sciences de l'éducation*, 34(1), 47-67.
- Benhaberou-Brun, D. (2017). Apprendre grâce à la simulation. *Perspective infirmière*, 14(3), p. 26-30.
- Bizier, N., Fontaine, F. et Moisan, R. (2005). *Le transfert des apprentissages : une image à reconstituer*. Rapport de recherche PAREA. Sherbrooke : Cégep de Sherbrooke.
- Cardinal, D., Couturier, L., Savard, J., Tremblay, M. et Desmarais, M. (2014). La supervision de stagiaires : un art qui s'apprend. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 20(1), 42-75. Document téléaccessible à l'adresse <<https://www.erudit.org/fr/revues/ref/2014-v20-n1-ref01469/1025794ar/>>. Consulté le 18 avril 2017.
- Cégep Édouard-Montpetit (2018). *AEC : Intégration à la profession infirmière du Québec – CWA.0B. Cahier d'inscription*. Longueuil : Cégep Édouard-Montpetit. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.cegepmontpetit.ca/sstatic/uploaded/Files/Cegep/adultes/Attestations%20etudes%20collegiales%20AEC/Integration%20profession%20infirmiere/cahier-insc.-SI_complet-15-12-2017.pdf>. Consulté le 2 janvier 2018.
- Chevrier, J. et Charbonneau, B. (2000). Le savoir-apprendre expérientiel dans le contexte du modèle de David Kolb. *Revue des sciences de l'éducation*, 26(2), 287-323.
- Collège Édouard-Montpetit (2010). *Programme Intégration à la profession infirmière du Québec – CWA.0B. Programme menant à l'attestation d'études collégiales*

- (AEC) et formations complémentaires. Manuscrit non publié, Collège Édouard-Montpetit, Service de la formation continue, Longueuil, Québec.
- Crête, J. (2016). L'éthique en recherche sociale. In B. Gauthier et I. Bourgeois (dir.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (p. 289-312) (6^e éd.). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec (1^{re} éd. 1984).
- Deschênes, M.-F., Fournier, V., St-Julien, A et Payette, D. (2015). *Le développement du jugement clinique infirmier lors d'activités en simulation clinique haute fidélité (SCHF). Rapport de recherche expérimentation. Pôle de spécialisation et d'innovation en santé*. Montréal : Éducation Montréal.
- Deschênes, M.-F., Fournier, V., et St-Julien, A. (2016). Le développement du jugement en situation authentique. *Pédagogie collégiale*, 30(1), 14-22.
- Désilets, M. et Tardif, J. (1993). Un modèle pédagogique pour le développement des compétences. *Pédagogie collégiale*, 7(7), 19-23.
- Duchesneau, D., Lachaine, M.-P., et Provost, C. (2012). *Utilisation d'un wiki : Analyse des stratégies cognitives et métacognitives des étudiantes en soins infirmiers*. Rapport de recherche PAREA. Montréal, Qc. : Cégep de Saint-Laurent.
- Doyon, O. et Longpré, S. (2016). *Évaluation clinique d'une personne symptomatique*. Montréal : ERPI.
- Egenes, K. J. (2012). Health care delivery through a different lens: The lived experience of culture shock while participating in an international educational program. *Nurse education today*, 32, 760-764.
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation (1^{re} éd. 2006).
- Fournier, V. et Lapierre, L. (2010). *Intégration et réussite des étudiantes issues des communautés culturelles et inscrites en Soins infirmiers*. Montréal : Cégep de St-Laurent. Document téléaccessible à l'adresse http://www.cegepsl.qc.ca/developpement-pedagogique/files/2011/10/11-194_CEGEP_rapport-de-recherche_VF.pdf. Consulté le 17 juillet 2017.
- Fournier, V., Lemelin, K. et De Palma, L. (2013). *La simulation clinique haute fidélité expérimentée par un groupe d'infirmières diplômées hors du Québec/High fidelity simulation as learning experience for internationally educated nurses*. Rapport de recherche-action. Pôle de spécialisation et d'innovation en santé. Montréal : Éducation Montréal.
- Frenay, M. et Bédard, D. (2004). Des dispositifs de formation universitaire s'inscrivant dans la perspective d'un apprentissage et d'un enseignement contextualisés pour

- favoriser la construction de connaissances et leur transfert. In A. Presseau et M. Frenay (dir.), *Le transfert des apprentissages : Comprendre pour mieux intervenir* (p. 241-268). Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval.
- Gagnon, B. (2010). Introduction. In B. Gagnon (dir.), *La Diversité québécoise en débat. Bouchard, Taylor et les autres* (p. 11-21). Montréal : Éditions Québec Amérique.
- Gaudet, E. et Loslier, S. (2011). Les difficultés de réussite des étudiants immigrants dans les stages des programmes techniques au collégial. In *Actes du colloque du Service interculturel collégial (SIC). Regards croisés sur l'interculturel et la réussite éducative* (p. 30-34). Montréal : Service interculturel. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.cdc.qc.ca/actes_SIC/2011/gaudet_loslier_actes_colloque_SIC_2011.pdf>.
- Gauthier, L. (2012). *État de situation. Rapport final. Pôle de spécialisation et d'innovation en santé*. Montréal : Éducation Montréal.
- Gouvernement du Québec (2002a). *Projet de loi n° 90 (2002, chapitre 33). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Québec : Gouvernement du Québec. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.ooaq.qc.ca/ordre/lois-reglements/doc-lois/loi-90.pdf>>.
- Gouvernement du Québec (2002b). *Être à jour ! L'approche par compétences. Pour accompagner les apprenantes et les apprenants jusqu'à l'autonomie*. Québec : Ministère de l'Éducation.
- Gouvernement du Québec (2002c) *Élaboration des programmes d'études techniques, Cadre-général – Cadre technique*. Québec : Ministère de l'Éducation.
- Gouvernement du Québec (2008). *Programme d'études techniques – Soins infirmiers 180.A0 – Version 2007*. Québec : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Direction générale des programmes et du développement du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.
- Gouvernement du Québec (2016). *Loi sur les infirmières et les infirmiers, L.R.Q., c. I-8*. Document téléaccessible à l'adresse <<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/I-8?langCont=fr#se:36>>. Consulté le 19 juin 2017.
- Gouvernement du Québec (2017a). *Code des professions, L.R.Q., c. C-26*. Document téléaccessible à l'adresse <<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-26>>. Consulté le 19 juin 2017.
- Gouvernement du Québec (2017b). *Règlement sur la délivrance d'un permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour donner effet à l'arrangement*

- conclu par l'Ordre en vertu de l'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles, RLRQ, c. I-8, r. 13.1. Document téléaccessible à l'adresse < <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cr/I-8,%20R.%2013.1.pdf>>. Consulté le 27 décembre 2017.*
- Gouvernement du Québec (2018a). *Règlement sur les normes d'équivalence de diplôme ou de la formation aux fins de la délivrance d'un permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, RLRQ, c. I-8, r. 16. Document téléaccessible à l'adresse <<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8,%20r.%2016/>>. Consulté le 29 septembre 2018.*
- Gouvernement du Québec (2018b). *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, RLRQ, c. I-8, r. 13. Document téléaccessible à l'adresse <<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8,%20r.%2013/>>. Consulté le 29 septembre 2018.*
- Ha, L. et Pepin, J., (2008). *Les stages en sciences infirmières*. Montréal : Centre d'innovation en formation infirmière.
- Harvey, S. et Loisel, J. (2009). Proposition d'un modèle de recherche développement. *Recherches qualitatives*, 28(2), 95-117.
- Hobeila, S. (2011). L'éthique de la recherche. In T. Karsenti et L. Savoie- Zajc (dir.), *La recherche en éducation. Étapes et approches* (p. 35-62) (3^e éd.). Saint-Laurent : ERPI (1^{re} éd. 2000).
- INACSL Standards Committee (2016a) INACSL standards of best practice: SimulationSM. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(S), p, S48-p. S50.
- INACSL Standards Committee (2016b) INACSL standards of best practice: SimulationSM Simulation design. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(S), p, S5-p. S12.
- Jeffries, P. R. (2005). A framework for designing implementing and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. *Nursing Education Perspectives*, 26(2), 96-103.
- Jeffries, P. R., Rodgers, B. et Adamson, K. (2015). NLN Jeffries Simulation theory : Brief narrative description. *Nursing Education Perspectives*, 33(5), 292-293.
- Jonnaert, P. (2009). *Compétences et socioconstructivisme. Un cadre théorique* (2^e éd.). Bruxelles : Éditions De Boeck Université (1^{re} éd. 2002).
- Lachaine, M.-P., Provost, C., Duchesneau, D. et Poellhuber, B. (2013). Développer les stratégies d'apprentissage et le raisonnement clinique à l'aide d'un wiki : une

étude de cas. *Éducation et francophonie*, 41(1), 147-172. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.acelf.ca/c/revue/pdf/EF-41-1-147_LACHAINE.pdf>. Consulté le 18 avril 2017.

Lamond, C. (2007). *Élaboration d'un matériel pédagogique favorisant l'intégration et le transfert des connaissances lors du stage de périnatalité en soins infirmiers au collégial*. Essai de maîtrise en éducation, Université de Sherbrooke, Québec. Document téléaccessible à l'adresse <https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/7625/Lamond_Caroline_MEd_2007.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Consulté le 29 octobre 2016.

Lapierre, L. et Loslier, S. (2003). *Identité immigrante et apprentissage en contexte collégial*. Saint-Laurent : Cégep de Saint-Laurent.

Lasnier, F. (2001). Un modèle intégré pour l'apprentissage d'une compétence. *Pédagogie collégiale*, 15(1), 28-33.

Le Boterf, G. (2003). *Développer la compétence des professionnels* (4^e éd.) Paris : Éditions d'Organisation (1^{er} éd. 1997).

Le Boterf, G. (2010). *Construire les compétences individuelles et collectives – Agir et réussir avec compétence* (5^e éd.). Paris : Éditions d'organisation (1^{er} éd. 2000).

Ledoux, I. (2016). *Exploration de l'ajout de la simulation haute-fidélité à l'examen clinique objectif structuré sur l'auto-efficacité, l'anxiété et la performance en situation d'apprentissage d'étudiantes de niveau collégial en soins infirmiers*. Thèse de doctorat en sciences cliniques, Université de Sherbrooke, Québec. Document téléaccessible à l'adresse <<https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/8385>>. Consulté le 29 novembre 2018.

Legendre, M.-F. (2001). Favoriser l'émergence de changements en matière d'évaluation des apprentissages. *Vie pédagogique*, 120, 15-19.

Legendre, M.-F. (2004). Cognitivism et socioconstructivisme : Des fondements théoriques à leur utilisation dans l'élaboration et la mise en œuvre du nouveau programme de formation. In P. Jonnaert et A. M'Batika (dir.), *Les réformes curriculaires. Regards croisés* (p. 13-47). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation* (3^e éd.). Montréal : Guérin (1^{re} éd. 1988).

Loiselle, J. (2001). La recherche développement en éducation : sa nature et ses caractéristiques. In M. Anadon et M. L'Hostie (dir.), *Nouvelles dynamiques de recherches en éducation* (p. 77-97). Saint-Nicolas : Presse de l'université Laval.

- Loiselle, J. et Harvey, S. (2007). La recherche développement en éducation : fondements apports et limites. *Recherches qualitatives*, 27(1), 40-59.
- Loslier, S. (2015). *La situation d'apprentissage des étudiants québécois issus de l'immigration : de la théorie au stage professionnel*. Longueuil : Cégep Édouard- Montpetit. Document téléaccessible à l'adresse°
<<https://cdc.qc.ca/pdf/033906-loslier-situation-apprentissage-immigration-stage-soins-infirmiers-edouard-montpetit-2015.pdf>>. Consulté le 15 avril 2017.
- Ménard, L. et St-Pierre, L. (2014). Paradigmes et théories qui guident l'action. In L. Ménard, L. St-Pierre (dir.), *Se former à la pédagogie de l'enseignement supérieur* (p. 19-34). Montréal : Association québécoise de pédagogie collégiale.
- Martineau, S. (2016). Observation directe. In B. Gauthier et I. Bourgeois (dir.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (p. 315-334) (6^e éd.). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec (1^{re} éd. 1984).
- Mercier, J., Nollet, M.-P. et Pineault, M.-P. (2016). Pédagotrucs-2 : Flash...Info. *Service de développement pédagogique. Cégep de Rimouski*, 1(2), 1-4.
- Milhomme, D. et Gagnon, J. (2010). Étude descriptive des facteurs facilitant et contraignant le développement de la compétence des infirmières en soins critiques. *Recherche en soins infirmiers*, 4(103), 78-91.
- Milhomme, D., Gagnon, J., Lechasseur, K. (2014). L'intégration des savoirs pour une pratique compétente en soins critiques : quelques pistes de réflexion. *L'infirmière clinicienne*, 11(1), 1-10. Document téléaccessible à l'adresse
<<http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/MILHOMMEetal2014InfirmiereClinicienneVol11no1pp1-10.pdf>>. Consulté le 4 septembre 2017.
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2003). *Notre profession prend une nouvelle dimension* : Montréal : OIIQ. Document téléaccessible à l'adresse <https://www.oiiq.org/sites/default/files/149_doc.pdf>. Consulté le 10 février 2016.
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2005). La compétence professionnelle, une obligation déontologique. *Le Journal*, 2(4). Document téléaccessible à l'adresse <<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1973279>> Consulté le 1^{er} décembre 2017.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2007). *L'intégration professionnelle des infirmières immigrantes. Mémoire présenté dans le cadre de la consultation publique sur la planification de l'immigration au Québec pour la période 2008-2010*. Montréal : OIIQ. Document téléaccessible à l'adresse

<http://www.oiiq.org/uploads/publications/memoires/integration_immigrante.pdf>. Consulté le 27 juin 2017.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2009a). *Recommandations sur les stages cliniques dans la formation infirmière intégrée*. Montréal : OIIQ. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.oiiq.org/publications/repertoire/recommandations-sur-les-stages-cliniques-dans-la-formation-infirmiere-integr>>. Consulté le 27 juin 2017.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2009b). *Programme d'intégration professionnelle des infirmières diplômées hors du Québec et plans-cadre des cours*. Westmount : OIIQ.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2009c). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière* (2^e éd.). Westmount : OIIQ (1^{re} éd. 2001).

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2010). *Perspectives de l'exercice de la profession infirmière* : Westmount : OIIQ. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.oiiq.org/sites/default/files/263NS_doc.pdf>. Consulté le 10 février 2016.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2012). *La relève infirmière du Québec : Une profession – Une Formation*. Westmount : OIIQ.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2014a). *Document explicatif des étapes pour obtenir un permis d'exercice de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec à l'intention de l'infirmière diplômée hors Canada* (2^e éd.). Montréal : OIIQ (1^{re} éd. 2011). Document téléaccessible à l'adresse <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/admission_a_la_profession/infirmiere_formee_hors_quebec/permis-infirmieres-diplomees-hc-francais.pdf>. Consulté le 14 juin 2017.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2014b). *Document explicatif des étapes pour obtenir un permis d'exercice de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec à l'intention de l'infirmière de la France admissible à l'Arrangement de reconnaissances mutuelle des qualifications professionnelles* (2^e éd.). Montréal : OIIQ (1^{re} éd. 2011). Document téléaccessible à l'adresse <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/admission_a_la_profession/infirmiere_formee_hors_quebec/permis-infirmieres-francaise-arm.pdf>. Consulté le 14 juin 2017.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2015). *Stage d'adaptation des infirmières diplômées en France visées par l'arrangement sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles France-Québec* (2^e éd.). Montréal : OIIQ (1^{re} éd. 2012). Document téléaccessible à l'adresse <<https://www.oiiq.org/>>

- documents/20147/1306043/arm-formulaire-stage-adaptation.pdf/a01f2ebb-5175-ee02-de7a-594b028fd5b1>. Consulté le 29 septembre 2018.
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers* (3^e éd.). Montréal : OIIQ (1^{re} éd. 2010). Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.oiiq.org/sites/default/files/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web.pdf>>. Consulté le 10 février 2017.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2017a). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2016-2017 – Le Québec et ses régions*. Montréal : OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2017b). *Les infirmières et infirmiers formés à l'extérieur du Canada*. Montréal : OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2018). La pleine occupation de notre champ d'exercice. Un enjeu profondément actuel qui est l'affaire de tous. *Perspective infirmière*, 15(4), 6-7.
- Paillé, P. (2007). La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante : douze devis méthodologiques exemplaires. *Recherches qualitatives*, 27(2), 133-151.
- Perrenoud, P. (1995). Des savoirs aux compétences. De quoi parle-t-on en parlant des compétences? *Pédagogie collégiale*, 9(1), 20-24.
- Perrenoud, P. (1997). Vers des pratiques pédagogiques favorisant le transfert des acquis scolaires hors de l'école. *Pédagogie collégiale*, 10(3), 5-16.
- Perrenoud, P. (1999). Construire des compétences, est-ce tourner le dos aux savoirs ? *Pédagogie collégiale*, 12(3), 14-17.
- Poirier Proulx, L. (1997). Enseigner et apprendre la résolution de problèmes. *Pédagogie collégiale*, 11(1), 18-22.
- Philibert, K. (2015). *Expérience d'infirmières immigrantes durant le programme collégiale Intégration à la profession infirmière du Québec* (CWA.0B). Mémoire de maîtrise en sciences cliniques, Université de Sherbrooke, Québec. Document téléaccessible à l'adresse https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/7703/Philibert_Karine_MSc_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Consulté le 14 juin 2017.
- Presseau, A. (2000). Analyse de l'efficacité d'interventions sur le transfert des apprentissages en mathématiques. *Revue des sciences de l'éducation*, 26(3), 515-544.

- Presseau, A., (2004). Quelles interventions pédagogiques qui tirent profit des interactions sociales doit-t-on poser pour favoriser le transfert des compétences? In A. Presseau et M. Frenay (dir.), *Le transfert des apprentissages : Comprendre pour mieux intervenir* (p. 133-160). Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval.
- Presseau, A. et Martineau, S. (2010). Apprentissage et enseigner : une question de stratégies. *Québec français*, 157, p. 65-67.
- Presseau, A., Miron, J.-M., et Martineau, S. (2004). Le développement de compétences professionnelles : Quelles jonctions possibles entre l'articulation théorique/pratique et le transfert? In A. Presseau et M. Frenay (dir.), *Le transfert des apprentissages : Comprendre pour mieux intervenir* (p. 285-308). Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval.
- Primeau, M.-P., Champagne, F. (dir.) et Lavoie-Tremblay, M. (co-dir.) (2013a). *Étude exploratoire des facteurs explicatifs de probation et de la rétention à court et moyen terme des infirmières diplômées hors Québec en début d'emploi dans les établissements de santé du Québec*. Montréal : Agence de santé et des services sociaux de Montréal.
- Primeau, M.-P., Champagne, F. (dir.) et Lavoie-Tremblay, M. (co-dir.) (2013b). *Étude exploratoire des facteurs explicatifs de la réussite des infirmières diplômées hors Québec au volet collégial de formation d'appoint*. Montréal : Agence de santé et des services sociaux de Montréal.
- Primeau, M.-P., Philibert, K. (2013). *Étude exploratoire des facteurs explicatifs de la réussite des infirmières diplômées hors Canada ayant complété le programme d'intégration dans un établissement collégial à l'examen de certification de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec*. Montréal : Agence de santé et des services sociaux de Montréal.
- Primeau, M.-D. (2014). *Les facteurs explicatifs de la réussite de l'intégration et de la rétention des infirmières diplômées hors Québec*. Thèse de doctorat en Santé publique, département d'administration de la santé option organisation de soins de santé, Université de Montréal, Québec. Document téléaccessible à l'adresse°<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/12307/Primeau_Marie-Douce_2014_these.pdf?sequence=6>. Consulté le 14 avril 2017.
- Raymond, D. (2006). *Qu'est-ce qu'apprendre et qu'est qu'enseigner ? – Un tandem en piste !* Montréal : AQPC.
- Renou, J (2012). *Le débriefing en simulation médicale : techniques et outils pédagogiques*. Médecine humaine et pathologie.

- St-Jean, M. (2016). *L'effet de la simulation clinique haute fidélité sur l'acquisition et la rétention des connaissances des étudiantes en sciences infirmières*. Thèse de maîtrise en sciences infirmières, Université d'Ottawa, Ontario. Document téléaccessible à l'adresse <https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/34494/1/St-Jean_Marylene_2016_th%C3%A8se.pdf>. Consulté le 29 octobre 2016.
- Saint-Pierre, L. (1991). L'étude et les stratégies d'apprentissage. *Pédagogie collégiale*, 5(2), 15-21. Document téléaccessible à l'adresse <http://aqpc.qc.ca/sites/default/files/revue/saint_pierre_lise_05_2.pdf>. Consulté le 11 août, 2017.
- Saint-Pierre, L., et Lafortune, L. (1995). Intervenir sur la métacognition et l'affectivité. *Pédagogie collégiale*, 8(4), p. 16-22.
- Savoie-Zajc, L. (2011). La recherche qualitative/interprétative en éducation. In T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (dir.), *La recherche en éducation. Étapes et approches* (p. 123-147) (3^e éd.). Saint-Laurent : ERPI (1^{re} éd. 2000).
- Savoie-Zajc, L. (2016). L'entrevue semi-dirigée. In B. Gauthier et I. Bourgeois (dir.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (p. 337- 362) (6^e éd.). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec (1^{re} éd. 1984).
- Savoie-Zajc, L. et Karsenti, T. (2011). La méthodologie. In T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (dir.), *La recherche en éducation. Étapes et approches* (p. 109-122) (3^e éd.). Saint-Laurent : ERPI (1^{re} éd. 2000).
- Simoneau, I., Ledoux, I., Paquette, C. (2012). *Efficacité pédagogique de la simulation clinique haute fidélité dans le cadre de la formation au collégial*. Rapport de recherche PAREA. Sherbrooke, QC. : Cégep de Sherbrooke.
- Simoneau, I. et Paquette, C. (2014). *Pédagogie par la simulation clinique haute fidélité dans la formation collégiale en santé : préparation clinique interdisciplinarité et intégration au curriculum*. Rapport de recherche PAREA. Sherbrooke, QC. : Cégep de Sherbrooke.
- Sittner, B. J., Aebersold, M. L., Paige, J. B., Graham, L. L., Parson Schram, A., Decker, S. I. et Lioce, L. (2015). INACSL standards of best practice for simulation: past, present, and future. *Nursing education*, 36(5), p. 294-298.

- Steinbach, M. (2012). Élargir les perspectives interculturelles des futures enseignantes. *McGill Journal of Education / Revue des sciences de l'éducation de McGill*, 47(2), 153-170. Document téléaccessible à l'adresse <<https://www.erudit.org/fr/revues/mje/2012-v47-n2-mje0362/1013121ar.pdf>>. Consulté le 28 juin 2017.
- Taktek, K. (2017). L'apprenant au cœur du transfert des apprentissages : perspectives d'interventions pédagogiques dans le domaine de l'éducation. *Canadian Journal of Education/Revue canadienne de l'éducation*, 40(4), p. 514-542.
- Tardif, J. (1992). *Pour un enseignement stratégique — L'apport de la psychologie cognitive*. Montréal : Les Éditions LOGIQUES.
- Tardif, J. (1997). La construction des connaissances. 1- Les consensus. *Pédagogie collégiale*, 11(2), 14-19.
- Tardif, J. (1998). La construction des connaissances — 2. Les pratiques pédagogiques. *Pédagogie collégiale*, 11(3), 4-9.
- Tardif, J. et Meirieu, P. (1996). Stratégie pour favoriser le transfert des connaissances. *Vie pédagogique*, 98(7), 4-7.
- Tardif, J. (1999). *Le transfert des apprentissages*. Montréal : Les Éditions LOGIQUES.
- Tardif, J. (2014). *Étude des principes éthiques appliqués par des enseignantes et des enseignants lors de l'évaluation certificative d'une compétence dans le cadre d'un stage d'intégration en Soins infirmiers au collégial*. Essai de maîtrise en éducation, Université de Sherbrooke, Québec.
- Tessier, A.-M. L. (2018). *Exploration de l'intégration des nouveaux savoirs infirmiers aux savoirs antérieurs chez des infirmières et des infirmiers diplômée hors Québec, durant un programme d'intégration professionnelle*. Mémoire de maîtrise en sciences infirmières, Université de Montréal, Québec.
- Théagène, M. L. (2015). *L'adaptation à la diversité ethnoculturelle du corps professoral en milieu clinique dans le programme Soins infirmiers*. Essai de maîtrise en éducation, Université de Sherbrooke, Québec. Document téléaccessible à l'adresse <<https://cdc.qc.ca/pdf/034081-theagene-adaptation-diversite-ethnoculturelle-prof-milieu-clinique-soins-inf-essai-usherbrooke-2015.pdf>>. Consulté le 29 octobre 2016.

- Thélémaque, F. (2018). *Proposition d'un modèle d'encadrement des stages dans le programme Intégration à la profession infirmière du Québec*. Essai de maîtrise en éducation, Université de Sherbrooke, Québec.
- Wehmer, M. A. (2010). Découvrir les soins infirmiers contemporains. In P. A. Potter, A. G. Perry (dir.), *Vol. 1 – Soins infirmiers Fondements généraux* (p. 40-65) (3^e éd.). Saint-Laurent : Éditions Chenelière Éducation (1^{re} éd. 1985).

ANNEXE A

COMPÉTENCES DU PROGRAMME COLLÉGIAL SOINS INFIRMIERS

180.A0

Compétences du programme collégial Soins infirmiers 180.A0

- 01Q0 : Analyser la fonction de travail;
- 01Q1 : Développer une vision intégrée du corps humain et de son fonctionnement;
- 01Q2 : Composer avec les réactions et les comportements d'une personne;
- 01Q3 : Se référer à une conception de la discipline infirmière pour définir sa pratique professionnelle;
- 01Q4 : Utiliser des méthodes d'évaluation et des méthodes de soins;
- 01Q5 : Établir une communication aidante avec la personne et ses proches;
- 01Q6 : Composer avec des réalités sociales et culturelles liées à la santé;
- 01Q7 : Relier des désordres immunologiques et des infections aux mécanismes physiologiques et métaboliques;
- 01Q8 : Interpréter une situation clinique en se référant aux pathologies et aux problèmes relevant du domaine infirmier;
- 01Q9 : Établir des liens entre la pharmacothérapie et une situation clinique;
- 01QA : Enseigner à la personne et à ses proches;
- 01QB : Assister la personne dans le maintien et l'amélioration de sa santé;
- 01QC : S'adapter à différentes situations de travail;
- 01QD : Établir des relations de collaboration avec les intervenantes et les intervenants;
- 01QE : Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisés requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie;
- 01QF : Concevoir son rôle en s'appuyant sur l'éthique et sur les valeurs de la profession;
- 01QG : Appliquer des mesures d'urgence;
- 01QH : Intervenir auprès d'une clientèle requérant des soins infirmiers en périnatalité;

- 01QJ : Intervenir auprès d'enfants ainsi que d'adolescentes et d'adolescents requérant des soins infirmiers;
- 01Qk : Intervenir auprès de personnes recevant des soins infirmiers en médecine et en chirurgie dans des services ambulatoires;
- 01QL : Intervenir auprès de personnes requérant des soins infirmiers en santé mentale;
- 01QM : Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie requérant des soins infirmiers en établissement.

Source. Gouvernement du Québec (2008). *Programme d'études techniques – Soins infirmiers 180.A0 – Version 2007*. Québec : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Direction générale des programmes et du développement du ministère de l'Éducation, du Loisir et du sport.

ANNEXE B

PROGRAMME INTÉGRATION À LA PROFESSION INFIRMIÈRE DU

QUÉBEC (CWA.0B)

Programme *Intégration à la profession infirmière du Québec* (CWA.0B) au Cégep
Édouard-Montpetit

Code des cours	Titre des cours	Durée	Théorie	Pratique en laboratoire	Stage clinique
Accueil					
360-181-00	Intégration et mise à niveau informatique	30h	–	–	–
Étape 1					
180-F91-VM	Contexte de pratique	90h	75h	–	15h
180-F92-VM	Intervention infirmière : assises disciplinaires, communication, éducation	75 h	45h	–	30h
180-F93-VM	Intervention infirmière en médecine et chirurgie I	210h	60h	45h	105h
Étape 2					
180-F94-VM	Intervention infirmière en médecine et chirurgie II	240h	45h	30h	165h
Étape 3	Cours complémentaires				
180-F95-VM	Intervention infirmière en santé mentale	120h	30h	15h	75h
180-F96-VM	Intervention infirmière en perte d'autonomie	105h	30h	–	75h
180-F97-VM	Intervention infirmière auprès d'enfants, d'adolescentes et d'adolescents	90h	15h	30	45h
180-F98-VM	Intervention infirmière en périnatalité	75h	30h	–	45h

Source. Collège Édouard-Montpetit (2010). *Programme Intégration à la profession infirmière du Québec – CWA.0B. Programme menant à l'attestation d'études collégiales (AEC) et formations complémentaires*. Manuscrit non publié, Collège Édouard-Montpetit, Service de la formation continue, Longueuil, Québec.

ANNEXE C

COMPÉTENCES DU PROGRAMME INTÉGRATION À LA PROFESSION INFIRMIÈRE DU QUÉBEC (CWA.0B)

Compétences du programme *Intégration à la profession infirmière du Québec*

(CWA.0B)

- Q0xx : Analyser la fonction de travail;
- Q3xx : Se référer à une conception de la discipline infirmière pour définir sa pratique professionnelle;
- Q4xx : Utiliser des méthodes d'évaluation et des méthodes de soins;
- Q5xx : Établir une communication aidante avec la personne et ses proches;
- Q8xx : Interpréter une situation clinique en se référant aux pathologies et aux problèmes relevant du domaine infirmier;
- Q9xx : Établir des liens entre la pharmacothérapie et une situation clinique;
- QAxx : Enseigner à la personne et à ses proches;
- QBxx : Assister la personne dans le maintien et l'amélioration de sa santé;
- QDxx : Établir les relations de collaboration avec les intervenantes et les intervenants;
- QExx : Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisés requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie;
- QFxx : Concevoir son rôle en s'appuyant sur l'éthique et sur les valeurs de la profession;
- QGxx : Appliquer des mesures d'urgence.

Source. Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2009). *Programme d'intégration professionnelle des infirmières diplômées hors du Québec et plans-cadre des cours*. Westmount : OIIQ.

ANNEXE D

LES 17 ACTIVITÉS RÉSERVÉES DE L'INFIRMIÈRE ET DE L'INFIRMIER

Les 17 activités réservées de l'infirmière et de l'infirmier

1. Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
2. Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;
3. Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;
4. Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique;
5. Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance;
6. Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance;
7. Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent;
8. Appliquer des techniques invasives;
9. Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal;
10. Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
11. Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;
12. Procéder à la vaccination, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*;
13. Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance;
14. Décider de l'utilisation des mesures de contention;
15. Décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones* cris

16. Évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental, lorsque l'infirmière ou l'infirmier détient une formation de niveau de deuxième cycle universitaire et une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques déterminées dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe g de l'article 14 de la Loi sur les infirmières et infirmiers;

17. Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement, dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.

Source. Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et des infirmiers* (3^e éd.). Montréal : OIIQ (1^{re} éd. 2010).

ANNEXE E

COMPÉTENCES SPÉCIFIQUES DU COURS 180-F94-VM INTERVENTION EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE II

**Compétences spécifiques du cours 180-F94-VM - Intervention infirmière en
médecine et en chirurgie II**

- Q4xx : Utiliser des méthodes d'évaluation et des méthodes de soins;
- Q8xx : Interpréter une situation clinique en se référant aux pathologies et aux problèmes relevant du domaine infirmier;
- Q9xx : Établir des liens entre la pharmacothérapie et une situation clinique;
- QBxx : Assister la personne dans le maintien et l'amélioration de sa santé;
- QDxx : Établir les relations de collaboration avec les intervenantes et les intervenants;
- QExx : Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisés requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie;
- QGxx : Appliquer des mesures d'urgence.

Source. Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2009). *Programme d'intégration professionnelle des infirmières diplômées hors du Québec et plans-cadre des cours*. Westmount : OIIQ.

ANNEXE F

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT¹³

1. TITRE DU PROJET

Transfert des apprentissages lors d'une activité d'immersion clinique simulée dans le programme Intégration à la profession infirmière du Québec

2. CHERCHEUSE PRINCIPALE

Marie-Pradèle Louis, professeure au Programme Soins infirmiers au Cégep Édouard-Montpetit, étudiante dans le programme Maîtrise en enseignement au collégial (MEC) à l'Université de Sherbrooke, secteur PERFORMA (perfectionnement et formation des maîtres).

Numéro de téléphone : 450-679-2631, poste 6417

Adresse courriel : marie-pradele.louis@cegepmontpetit.ca

3. DIRECTRICE DE L'ESSAI

Madame Viviane Fournier, inf., B. Sc., M. Éd., professeure au Programme Soins infirmiers et coordonnatrice des activités d'immersion clinique professionnelle simulée au Cégep Gérald-Godin.

Numéro de téléphone : 514-626-2666, poste 5323

Adresse courriel : v.fournier@cgodin.qc.ca

4. INTRODUCTION

Dans le cadre de mes études de Maîtrise en enseignement au collégial de l'Université de Sherbrooke, je conduis un projet d'étude supervisé par une direction d'essai agréée qui atteste, au bas de ce formulaire de consentement, toutes les informations fournies.

Le présent formulaire présente les considérations éthiques de ce projet. Il est important de lire et de comprendre chacun des éléments. À titre de chercheuse principale, je demeure disponible pour répondre à toutes vos questions.

¹³ Inspiré de Fortin, M. F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Chenelière Éducation.

5. DESCRIPTION DU PROJET

Vous êtes invité à participer à un projet d'étude parce que vous êtes actuellement une étudiante inscrite ou un étudiant inscrit au cours 180-F94-VM Intervention infirmière en médecine et chirurgie II du programme Intégration à la profession infirmière du Québec (CWA.0B) au cégep Édouard-Montpetit. L'étude porte sur le transfert des apprentissages lors d'une activité d'immersion clinique simulée.

Notre projet d'essai vise à répondre à la question générale suivante : Comment, lors d'une activité d'immersion clinique simulée, les étudiantes et les étudiants transfèrent-ils les nouveaux apprentissages acquis dans le programme Intégration à la profession infirmière du Québec (CWA.0B) du cégep Édouard-Montpetit?

Dans le but de répondre à cette question, trois objectifs spécifiques ont été ciblés :

- 1- Observer, lors de l'activité d'immersion clinique simulée, les savoir-agir infirmiers qui interviennent dans le transfert des nouveaux apprentissages acquis dans le programme Intégration à la profession infirmière du Québec (CWA.0B) du cégep Édouard-Montpetit;
- 2- Recueillir, lors de l'activité d'immersion clinique simulée, des informations sur les étapes et les stratégies de transfert utilisées par les étudiantes et les étudiants;
- 3- Explorer, lors d'une entrevue de groupe semi-dirigée, la perception de l'expérience de six étudiantes et les étudiants inscrits dans le programme Intégration à la profession infirmière du Québec (CWA.0B) du cégep Édouard-Montpetit sur l'activité d'immersion clinique simulée et sur leurs performances concernant le transfert des apprentissages.

Nous souhaitons recruter six participantes ou participants au cégep Édouard-Montpetit dans le cadre de cette étude.

6. NATURE DE LA PARTICIPATION

Vous serez, en tant que participantes et participants du projet d'étude de maîtrise, invités à participer à une journée (8h00 à 16h00) d'activités d'immersion clinique simulée, le 29 mai 2018 au cégep Gérald-Godin. Les séances de simulation (breffage, simulation, débreffage) seront filmées et enregistrées afin de nous permettre de recueillir le plus d'informations dans le but d'enrichir l'analyse de cette étude.

Ensuite, une entrevue de groupe semi-dirigée sera réalisée au cégep Édouard-Montpetit, au plus tard une semaine après la journée d'activités d'immersion clinique simulée. La date et l'heure de l'entrevue seront déterminées par les participantes et les participants. Cette entrevue sera d'une durée de 60 minutes. Les principaux thèmes qui seront abordés lors de l'entrevue de groupe semi-dirigée

seront : la perception de la stratégie pédagogique, le développement des compétences, le transfert des apprentissages, les connaissances antérieures, les connaissances nouvellement acquises et l'activité d'immersion clinique simulée. Les discussions seront enregistrées dans le but également de nous permettre de recueillir des informations qui viendront enrichir l'analyse de cette étude.

7. AVANTAGES À PARTICIPER

En participant à ce projet d'essai de maîtrise, les participantes et les participants pourraient intégrer de nouveaux apprentissages quant au transfert des apprentissages. Toutefois, nous considérons qu'aucun autre bénéfice personnel ainsi qu'aucun avantage direct ne seront retirés par les participantes et les participants.

8. BÉNÉFICES, RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel, ni aucun avantage direct en participant à ce projet d'étude. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances en enseignement collégial, ainsi qu'à l'enrichissement pédagogique dans ce domaine.

Le projet d'étude se situe sous le seuil du risque minimal, car aucune participante et aucun participant ne seront indument exposés à des risques inutiles. Les risques d'inconfort seront minimes.

Le projet comporte quelques inconvénients, tels que le déplacement au cégep Gérald-Godin, l'utilisation d'une journée de stage pour cette étude, et le fait de devoir consacrer 60 minutes pour l'entrevue de groupe semi-dirigée.

9. VIE PRIVÉE ET CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, la chercheuse principale recueillera et consignera dans un dossier d'étude des renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements sont les suivants : les images des séances de simulation (breffage, simulation, débreffage) captées par vidéo dans les laboratoires de simulation du cégep Gérald-Godin (*LearningSpace*), et l'enregistrement audio des discussions qui auront lieu lors de l'entrevue de groupe semi-dirigée. Toutes les images vidéos des séances de simulation se trouvant dans l'environnement LearningSpace du cégep Gérald-Godin seront détruites le jour même, à la fin de la deuxième séance de simulation par la chercheuse principale sous la supervision de la directrice de l'essai.

Afin de protéger votre identité au cours de la recherche, tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels. Les noms et prénoms des participantes et des participants seront remplacés par des codes qui empêcheront tout lien possible entre les participantes et les participants. Les données recueillies sur papier, par captation vidéo et par enregistrement audio seront conservées dans un tiroir verrouillé à clé au domicile de la chercheuse principale, dont elle seule possèdera la clé de ce tiroir. De plus, les formulaires de consentement seront gardés dans une enveloppe scellée et conservés sous clé par la chercheuse principale.

Toutes les données recueillies ne pourront être lues ou visionnées ou écoutées que par la chercheuse principale et par la directrice de l'essai. Sept ans après le dépôt de l'essai, toutes les données seront ensuite détruites en respectant les principes de confidentialité. Les données consignées sur un support papier seront déchiquetées par la chercheuse principale. Les données recueillies par captation vidéo et par enregistrement audio seront effacées par la chercheuse principale.

Les résultats de l'étude seront diffusés dans le présent projet d'essai de maîtrise en enseignement au collégial. De plus, les résultats de cette étude pourront être diffusés dans une publication de la revue l'Association des enseignantes et des enseignants en soins infirmiers des collèges du Québec (AEESICQ) ou dans une publication de la revue de l'Association québécoise de pédagogie collégiale (AQPC) ou des conférences, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

10. COMPENSATION ET DÉPENSES

Vous ne recevrez aucun remboursement de vos dépenses, ni aucune autre forme de compensation pour votre participation à cette recherche.

Aucun bonus sur les notes, aucun crédit, ni aucune autre forme d'avantage académique ne seront accordés en échange de la participation à la recherche.

11. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT DE L'ÉTUDE

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, et ce, sans préjudice et sans avoir à donner de raisons. Votre décision de ne pas participer, ou de vous retirer de l'étude, n'aura aucun impact sur vos résultats académiques (notes), ni sur vos relations avec la chercheuse principale ou avec vos professeurs. Vous n'avez qu'à communiquer verbalement votre décision à la chercheuse principale.

Vous pourrez demander le retrait des données qui vous concernent, tant qu'elles n'auront pas été rendues anonymes. Une fois cette opération effectuée, il ne sera plus possible de relier votre nom à des données en particulier. Il ne sera donc plus possible de retirer les informations qui vous concernent.

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits, ni ne libérez la chercheuse principale, ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

12. PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant ce projet, vous pouvez joindre la chercheuse principale Marie-Pradèle Louis au 450-679-2631 au poste 6417 ou par courriel : marie-pradele.louis@cegepmontpetit.ca.

Si vous aviez des questions concernant le programme, vous pouvez joindre la responsable du programme de maîtrise de l'Université de Sherbrooke, secteur PERFORMA, Madame Christine Gaucher, conseillère pédagogique, au 819-821-8000, poste 65171 ou par courriel : Christine.Gaucher@USherbrooke.ca.

Le Comité d'éthique de la recherche du cégep Édouard-Montpetit a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute modification apportée à la recherche elle-même ou aux documents qui s'y rapportent. Si vous avez des questions sur vos droits en tant que participant, ou sur les aspects éthiques de ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le Comité d'éthique de la recherche du cégep Édouard-Montpetit, à l'adresse suivante : comite.ethique@cegepmontpetit.ca.

Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler en lien avec cette recherche, vous pouvez communiquer avec Valérie Damourette, conseillère en recherche, au numéro suivant : (450) 679-2631, poste 2733 et à l'adresse suivante : valerie.damourette@cegepmontpetit.ca.

Nous tenons à vous remercier de participer à la réalisation ce projet d'étude.

13. CONSENTEMENT DE LA PARTICIPANTE OU DU PARTICIPANT

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans préjudice. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Je soussigné (e) _____, consens à participer à ce projet.

Nom de la participante ou du participant : _____

Signature : _____

Date : _____

14. ENGAGEMENT DE LA CHERCHEUSE

Je certifie a) avoir répondu aux questions du signataire quant aux termes du présent formulaire de consentement b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation dans le projet.

Nom de la chercheuse principale : _____

Signature : _____

Date : _____

15. ENGAGEMENT DE LA DIRECTION D'ESSAI

J'atteste que les informations contenues dans ce formulaire ont été communiquées de bonne foi par _____

Nom de la directrice de l'essai : _____

Signature : _____

Date : _____

16. ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ

Je soussigné(e) _____ (nom et prénom) déclare avoir pris connaissance des objectifs poursuivis de la présente étude et avoir consenti volontairement à y participer.

À cet effet :

Je m'engage à assurer la confidentialité des informations que la chercheuse principale, Marie-Pradèle Louis, recueillera dans le cadre de cette étude.

Je m'engage à respecter et à maintenir la confidentialité du contenu des scénarios de simulation;

Je m'engage à respecter et à maintenir la confidentialité des discussions qui auront cours entre les participantes, les participants et la personne facilitatrice en simulation lors des séances de simulation;

Je m'engage à respecter et à maintenir la confidentialité des discussions qui auront cours entre les participantes, les participants et la chercheuse lors de l'entrevue de groupe semi-dirigée.

Signature : _____

Date : _____

ANNEXE G

GUIDE DE PRÉPARATION À L'INTENTION DES PARTICIPANTES ET DES PARTICIPANTS

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Transfert des apprentissages lors d'une activité d'immersion clinique simulée dans le
programme Intégration à la profession infirmière du Québec

**Guide de préparation à l'intention des participantes et des participants
en vue de l'activité d'immersion clinique simulée**

par

Marie-Pradèle Louis

Projet d'essai présenté à la Faculté d'éducation
en vue de l'obtention du grade de
Maître en enseignement (M. Éd.)
Maîtrise en enseignement au collégial

Mai, 2018

© Marie-Pradèle Louis, 2018

TABLE DES MATIÈRES

GUIDE DE PRÉPARATION.....	2
1 SÉQUENCE DE LA SIMULATION	2
2 HORAIRE	3
3 COORDONNÉES DU CÉGEP GÉRALD-DODIN	4
4 ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ	4
5 VIE PRIVÉE ET CONFIDENTIALITÉ	4
6 QUOI APPORTER LORS DE CETTE JOURNÉE?	5
7 PERSONNES-RESSOURCES	6
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	7

GUIDE DE PRÉPARATION

Toute activité pédagogique nécessite une certaine préparation. En effet, en vue de vous préparer aux deux séquences de simulation qui se tiendront au Cégep Gérard-Godin le 29 mai 2018, nous avons cru bon de vous donner certaines informations que vous retrouverez dans le présent guide¹.

Tout d'abord, l'activité d'immersion clinique simulée est une stratégie pédagogique utilisée dans différents programmes offrant, notamment, des formations aux futures professionnelles et futurs professionnels de la santé (Fournier, Lemelin et De Palma, 2013). Cette stratégie consiste, d'une part, « à placer l'apprenante et l'apprenant dans une situation d'apprentissage lui permettant de trouver des solutions à des problèmes semblables à ceux qu'il aura à vivre dans le cadre de sa profession » (Mercier, Nollet et Pineault, 2016, p. 3), et d'autre part, elle vise le développement des compétences professionnelles des étudiantes et des étudiants à l'aide de scénarios fictifs réalistes dans un environnement virtuel et sécuritaire. L'apprentissage se réalise donc dans l'action.

1 SÉQUENCE DE LA SIMULATION

Au cours de l'activité d'immersion clinique, vous expérimenterez trois étapes distinctes. Ce qui suit est la séquence qui sera privilégiée :

- Le BREFFAGE est le moment de préparation de l'étudiant. Il vise à activer les connaissances antérieures et à faire émerger des hypothèses préalablement pertinentes à la simulation à réaliser.
- La SIMULATION est l'évènement de soins où l'étudiant est exposé à une situation authentique. Cette dernière peut être captée par vidéo.

¹ Avec l'accord de Madame Viviane Fournier, ce guide est inspiré d'un document utilisé par les enseignantes et les enseignants du département Soins infirmiers du cégep Gérard-Godin. « *Activités d'apprentissage en immersion clinique simulée—Cahier du participant(e)—Automne 2016—180-36A-GG*. Idée originale : I. Laporte et E. Meloche. Document élaboré par V. Fournier, M. P. Lefebvre et révisé par V. Fournier H-2017, département Soins infirmiers, Cégep Gérard-Godin. »

- Le DÉBREFFAGE permet de traiter les émotions vécues par les étudiants, mais surtout d'examiner de manière critique ce qui s'est passé pendant la simulation. Cette étape vise à promouvoir la métaréflexion dans une situation prototypique de la vie professionnelle. (Deschênes, Fournier et St-Julien, 2016, p. 15)

Dans le but de vous familiariser à l'environnement dans lequel se déroulera la simulation, une heure d'orientation sera assurée par madame Élane Meloche, enseignante au Cégep Gérard-Godin. Elle agira en tant que personne facilitatrice. Elle profitera de cette période d'orientation pour vous montrer, entre autres, les lieux physiques, l'appareillage qui sert à mesurer les paramètres vitaux, les outils de collecte de données, les feuilles d'administration de médicaments et le dossier du patient. De plus, elle veillera à ce que toutes les participantes et tous les participants maintiennent un respect mutuel lors des discussions ainsi qu'une attitude d'ouverture au cours des échanges.

2 HORAIRE

Voici maintenant l'horaire de la journée de simulation du mardi 29 mai 2018 au Cégep Gérard-Godin.

Veuillez noter que les simulations se feront toujours en équipe de deux, soit en dyade. Chaque dyade aura 15 minutes pour intervenir auprès du patient simulé.

Déroulement de la journée :

08h00 à 09h00 : orientation dans l'environnement de la simulation;

09h00 à 10h00 : séance de breffage du premier scénario;

10h00 à 11h00 : séance de simulation du premier scénario;

11h00 à 12h00 : séance de débreffage du premier scénario;

12h00 à 13h00 : Pause pour le repas du midi;

13h00 à 14h00 : séance de breffage du deuxième scénario;

14h00 à 15h00 : séance de simulation du deuxième scénario;

15h00 à 16h00 : séance de débreffage du deuxième scénario.

3 COORDONNÉES DU CÉGEP GÉRALD-DODIN

- Cégep Gérard-Godin 15615, boulevard Gouin Ouest Montréal (Québec) H9H 5K8 Tél.: 514 626-2666;
- Nous vous attendrons à l'entrée principale à 7h30, le 29 mai 2018.

4 ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ

Voici un rappel de l'engagement à la confidentialité que vous avez signé.

Vous vous engagez à assurer la confidentialité des informations que la chercheuse principale, Marie-Pradèle Louis, recueillera dans le cadre de cette étude;

Vous vous engagez à respecter et à maintenir la confidentialité du contenu des scénarios de simulation;

Vous vous engagez à respecter et à maintenir la confidentialité des discussions qui auront cours entre les participantes, les participants et la personne facilitatrice en simulation lors des séances de simulation.

5 VIE PRIVÉE ET CONFIDENTIALITÉ

Comme vous le savez, durant votre participation à ce projet, la chercheuse principale recueillera et consignera dans un dossier d'étude des renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Les renseignements suivants seront recueillis lors de la journée de simulation : les images des séances de simulation (breffage, simulation, débreffage) captées par vidéo dans les laboratoires de simulation du cégep Gérard-Godin (*LearningSpace*). Toutes les images vidéo des séances de simulation se trouvant dans l'environnement *LearningSpace* du cégep Gérard-Godin seront détruites le jour même, à la fin de la deuxième séance de simulation par la chercheuse principale sous la supervision de la directrice de l'essai.

Afin de protéger votre identité au cours de la recherche, tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels. Les noms et prénoms des participantes et des participants seront remplacés par des codes qui empêcheront tout lien possible entre les participantes et les participants. Les données recueillies sur papier, par captation vidéo et par enregistrement audio seront conservées dans un tiroir verrouillé à clé au domicile de la chercheuse principale, dont elle seule possèdera la clé de ce tiroir. De plus, les formulaires de consentement seront gardés dans une enveloppe scellée et conservés sous clé par la chercheuse principale.

Toutes les données recueillies ne pourront être lues ou visionnées ou écoutées que par la chercheuse principale et par la directrice de l'essai. Sept ans après le dépôt de l'essai, toutes les données seront ensuite détruites en respectant les principes de confidentialité. Les données consignées sur un support papier seront déchiquetées par la chercheuse principale. Les données recueillies par captation vidéo et par enregistrement audio seront effacées par la chercheuse principale.

6 QUOI APPORTER LORS DE CETTE JOURNÉE?

Puisque l'environnement de la simulation représente un milieu clinique virtuel, nous vous demandons d'avoir avec vous votre uniforme, votre stéthoscope et un stylo ou un crayon. Vous pourrez vous changer dans le vestiaire du cégep. N'oubliez pas d'apporter un cadenas, car vous pourrez déposer vos effets personnels dans un casier. Nous vous suggérons d'apporter votre lunch dans un sac à lunch muni d'un «ice pack», car il n'y pas de réfrigérateur.

Pour ce qui est des volumes, ils vous seront prêtés sur place. Vous n'aurez donc pas à apporter les vôtres, si vous le désirez.

Enfin, un permis de stationnement de visiteur d'une journée sera remis aux participantes et aux participants qui désirent garer leur voiture dans le stationnement du cégep.

7 PERSONNES-RESSOURCES

Chercheuse principale

Marie-Pradèle Louis, inf. B. Sc., professeure au Programme Soins infirmiers du Cégep Édouard-Montpetit

Numéro de téléphone : 450-679-2631, poste 6417

Adresse courriel : marie-pradele.louis@cegepmontpetit.ca

Directrice d'essai

Madame Viviane Fournier, inf., B. Sc., M. Éd., professeure au Programme Soins infirmiers et coordonnatrice des activités d'immersion clinique professionnelle simulée au Cégep Gérard-Godin.

Numéro de téléphone : 514-626-2666, poste 5323

Adresse courriel : v.fournier@cgodin.qc.ca

Encore une fois MERCI de participer à ce projet d'étude.

Votre collaboration sera très précieuse pour l'avancement des connaissances dans le domaine de l'enseignement au collégial.

ANNEXE H

LECTURES SUGGÉRÉES

Lecture suggérées

SCÉNARIO 1

Lecture # 1 :

LEWIS et al., Soins infirmiers Médecine Chirurgie, 8e édition , Les éditions Chenelière Éducation, **2011, Tome 1 p : 226-227 = (administration neuraxiale).**

OU

LEWIS et al., Soins infirmiers Médecine Chirurgie, 9e édition , Les éditions Chenelière Éducation, **2016, Tome 1 p : 195-197 = (administration neuraxiale).**

Lecture # 2 :

LEWIS et al., Soins infirmiers Médecine Chirurgie, 8e édition , Les éditions Chenelière Éducation, **2011, Tome 1 p : 890-895 = (Arthroplastie du genou)**

OU

LEWIS et al., Soins infirmiers Médecine Chirurgie, 9e édition , Les éditions Chenelière Éducation, **2016, Tome 1 p : 866-869 = (Arthroplastie du genou)**

Lecture # 3 :

LEWIS et al., Soins infirmiers Médecine Chirurgie, 8e édition , Les éditions Chenelière Éducation, **2011, Tome 3, p : 58-83 (soins postopératoires)**

OU

LEWIS et al., Soins infirmiers Médecine Chirurgie, 9e édition , Les éditions Chenelière Éducation, **2016, Tome 3, p : 55-81 (soins postopératoires)**

SCÉNARIO 2

Lecture # 1 :

LEWIS et al., Soins infirmiers Médecine Chirurgie, 8e édition , Les éditions Chenelière Éducation, **2011, Tome 3 p : 477-480 = (Diverticulite)**

OU

LEWIS et al., Soins infirmiers Médecine Chirurgie, 9e édition , Les éditions Chenelière Éducation, **2016, Tome 3 p : 474-476 = (Diverticulite)**

Lecture # 2 :

LEWIS et al., Soins infirmiers Médecine Chirurgie, 8e édition , Les éditions Chenelière Éducation, **2011, Tome 3 p : 440-441 =(Péritonite)**

OU

LEWIS et al., Soins infirmiers Médecine Chirurgie, 9e édition , Les éditions Chenelière Éducation, **2016, Tome 3 p : 435-437 = (Péritonite)**

Lecture # 3 :

LEWIS et al., Soins infirmiers Médecine Chirurgie, 8e édition , Les éditions Chenelière Éducation, **2011, Tome 3 p : 271-274 = (Examen de l'abdomen)**

OU

LEWIS et al., Soins infirmiers Médecine Chirurgie, 9e édition , Les éditions Chenelière Éducation, **2016, Tome 3 p : 265-268 = (Examen de l'abdomen)**

Lecture # 4 :

LEWIS et al., *Soins infirmiers Médecine Chirurgie*, 8e édition , Les éditions Chenelière Éducation, **2011, Tome 3 p : 476-477 = (Soins de l'iléostomie)**

OU

LEWIS et al., *Soins infirmiers Médecine Chirurgie*, 9e édition , Les éditions Chenelière Éducation, **2016, Tome 3 p : 471-473 = (Soins de l'iléostomie)**

Lecture # 5 :

LEWIS et al., *Soins infirmiers Médecine Chirurgie*, 8e édition , Les éditions Chenelière Éducation, **2011, Tome 3, p : 58-83 = (soins postopératoires)**

OU

LEWIS et al., *Soins infirmiers Médecine Chirurgie*, 9e édition , Les éditions Chenelière Éducation, **2016, Tome 3, p : 55-81 = (soins postopératoires)**

ANNEXE I

CONTRAT PÉDAGOGIQUE DE PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS DE SIMULATION CLINIQUE

Annexe A : Engagement à la confidentialité

Contrat pédagogique de participation aux activités de simulation clinique

Dans le cadre de ma participation aux activités de simulation clinique, je comprends que...

...mes collègues et moi avons droit à l'erreur et que la simulation ne sert pas à m'évaluer.

...je ne dois pas demander aux participants des autres équipes ce que contient l'activité de simulation à laquelle je m'apprête à participer, afin de ne pas biaiser l'expérience d'apprentissage

...je ne dois pas dévoiler le contenu de l'activité de simulation aux autres équipes, afin que l'expérience d'apprentissage soit équitable pour tous

Je m'engage...

...à garder strictement confidentiel le contenu de l'activité de simulation et à ne pas divulguer les détails du scénario aux autres participants du cours ou mes amis

...à garder strictement confidentiel le déroulement de l'activité de simulation vécue avec mon équipe et à ne pas divulguer les détails de notre performance aux autres participants du cours ou mes amis

...à garder strictement confidentiel le contenu des discussions de débriefing effectuées avec mon équipe suite à la simulation et à ne pas divulguer les détails des rétroactions reçues aux autres participants du cours ou mes amis

...à exprimer mon opinion de façon respectueuse, constructive et honnête en tout temps

...à faire preuve d'ouverture face à la rétroaction reçue de la part de mes collègues et de mon enseignante

...à agir de façon professionnelle tout au long des activités de simulation et de débriefing, peu importe les résultats de celles-ci

Je comprends que le non-respect de ce contrat pédagogique constitue une violation de mon code de conduite professionnel et pourrait entraîner mon exclusion des activités de simulation.

Signature

Date

Nom en lettres moulées



Idee originale : I. Laporte et E.Meloche. Document élaboré par V.Fournier, M.P. Lefebvre et révisé par V.Fournier H-2017, département Soins infirmiers, Cégep Gerald-Godin.

ANNEXE J

CONSENTEMENT À LA PHOTOGRAPHIE-IMAGE

Annexe B : Consentement à l'utilisation de la vidéo

Consentement à la photographie-image
(Groupe de travail institutionnel sur le gabarit, 2014)

Les facilitateurs en laboratoire de simulation utilisent la caméra pour filmer les scénarios et également les évaluations de laboratoire.

Je,.....
(Écrire votre nom en lettres moulées)

comprends que ces enregistrements vidéo sont obligatoires dans le but de l'apprentissage.

Je reconnais et comprends que les photographies et/ou vidéo peut être faites au cours de ma formation, et je consens à être photographié ou filmé. Le Cégep doit respecter l'accès au droit de l'information et la Loi sur la protection des renseignements personnels et demande un autre consentement pour tout autre utilisation. Les vidéos seront détruites après la session d'enseignement en cours. Je pourrai revoir seulement mes vidéo, lorsque disponible au laboratoire.

Le soussigné déclare qu'il/elle a lu et comprend ce qui précède et qu'il est légalement autorisé à signer ce consentement.

Signature:

Nom en lettre moulée:

Date: _____



Idée originale : I. Laporte et E.Meloche. Document élaboré par V.Fournier, M.P. Lefebvre et révisé par V.Fournier H-2017, département Soins infirmiers, Cégep Gerald-Godin.

ANNEXE K

GUIDE D'ENTREVUE DE GROUPE SEMI-DIRIGÉE

ENTREVUE DE GROUPE SEMI-DIRIGÉE

L'ouverture : Accueil et remerciements des participantes et des participants. Rappeler l'objectif général de l'étude ainsi que le caractère confidentiel et anonyme des informations qui seront recueillies. Valider auprès des participantes et des participants leur consentement pour l'enregistrement des discussions. Rappeler leur engagement à respecter et à maintenir la confidentialité des discussions qui auront cours lors de l'entrevue. Présenter les thèmes qui seront abordés dans le cadre de l'entrevue. Rappeler aux participantes et aux participants que l'entrevue vise à explorer la perception de leur expérience concernant l'activité d'immersion clinique simulée, et qu'elles et qu'ils sont invités à exprimer le fond de leur pensée, sans crainte d'être jugé(e), ni critiqué(e). Demander aux participantes et aux participants de remplir le formulaire relatif aux renseignements généraux (données sociographiques) de manière anonyme (utilisation du code mis à leur disposition).

1. **Comment évaluez-vous vos interventions en général lors des séquences d'activité d'immersion clinique simulée?**

2. **Comment évaluez-vous votre préparation? Était-elle suffisante ou insuffisante pour intervenir efficacement à l'intérieur de la situation de soins lors du premier scénario?**

3. **Comment évaluez-vous votre préparation? Était-elle suffisante ou insuffisante pour intervenir efficacement à l'intérieur de la situation de soins lors du deuxième scénario?**

4. **Quelles sont les connaissances qui ont été sollicitées lors de l'activité d'immersion clinique simulée? (déclaratives, procédurales, conditionnelles : connaissances apprises dans le pays d'origine ou les connaissances acquises au cours de la formation actuelle)**

5. Quels sont les facteurs qui ont favorisé le transfert des apprentissages lors de l'activité d'immersion clinique simulée? (préparation; connaissances acquises antérieurement au cours de votre formation à l'extérieur du Québec; connaissances acquises dans le programme de formation actuelle, stratégies, etc.)

6. Quels sont les facteurs qui ont nui au transfert des apprentissages lors de l'activité d'immersion clinique simulée? (préparation; connaissances acquises antérieurement au cours de la formation à l'extérieur du Québec; connaissances acquises dans le programme de formation actuelle, stratégies, etc.)

7. Expliquez-moi comment vos connaissances professionnelles acquises hors du Québec vous ont permis de résoudre le problème présenté dans la simulation (les attitudes professionnelles; l'intégration des procédures; les stratégies utilisées qui ont mené au transfert des apprentissages : les stratégies cognitives; les stratégies affectives; les stratégies métacognitives; les stratégies de gestion de ressources;)

8. Expliquez-moi comment vos connaissances professionnelles acquises dans le programme vous ont permis de résoudre le problème présenté dans la simulation (les attitudes professionnelles; l'intégration des procédures; les stratégies utilisées qui ont mené au transfert des apprentissages : les stratégies cognitives; les stratégies affectives; les stratégies métacognitives; les stratégies de gestion de ressources;)

9. S'il y avait un ou des changements à apporter à la formation afin de faciliter le transfert des apprentissages réalisés lors d'une activité d'immersion clinique simulée au milieu clinique, quel serait-il ou quels seraient-ils?

10. Selon vous, comment ce changement ou ces changements viendraient-ils faciliter le transfert des apprentissages en milieu clinique?

11. Comment évaluez-vous votre intégration au rôle professionnel en contexte québécois? Selon vous, avez-vous l'impression d'avoir acquis des connaissances professionnelles pour résoudre des problèmes liés au contexte professionnel?

12. Y a-t-il d'autres informations complémentaires que vous désirez ajouter sur le sujet?

Merci pour votre précieuse collaboration.

ANNEXE L

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Code : _____

1. Sexe: ☐ Féminin ☐ Masculin

2. Âge:

☐ 20 - 30 ans

☐ 31- 40 ans

☐ 41 - 50 ans

☐ 51 et plus

3. Quel est votre pays d'origine ? _____

4. Quelle est votre langue maternelle ? _____

5. Formations antérieures avant d'arriver au Québec? _____

6. Années d'expérience comme infirmière ou infirmier dans votre pays d'origine?

☐ - de 5 ans

☐ 5 - 7 ans

☐ 8 - 10 ans

☐ + de 10 ans

7. Depuis combien de temps êtes-vous installée ou installé au Québec?

☐ - de 5 ans

☐ 5 - 7 ans

☐ 8 - 10 ans

☐ + de 10 ans

8. Avez-vous déjà participé à une activité d'immersion clinique simulée?

☐ Oui

☐ Non

9. Combien de temps accordez-vous à vos études?

☐ 1 heure et moins

☐ 2 à 3 heures

☐ 4 à 5 heures

☐ + de 5 heures

